附件1

淮安区外请专家手术审批表

|  |
| --- |
| 一、基本信息 |
| 申请科室： 申请人/联系方式： 患者姓名： 住院号： 拟手术名称： 手术日期： |
| 二、专家信息  |
| 专家姓名： 职称/职务： 所在医院： 联系方式： 专家级别：□省外国内； □市外省内； □区外市内 预估费用：\_\_\_ \_元  |
|  三、审批流程 |
| 科室主任审批意见 （技术必要性审核） |   年 月 日 |
| 医务科审批意见 （资质、合规性确认） | 年 月 日 |
| 分管副院长审批意见 （预算及专家级别审批） | 年 月 日 |
| 院长审批意见（单例≥8000元） | 年 月 日 |
| 区卫健委审核意见 | 年 月 日 |

备注： 1.需附专家资质证明、手术方案及费用明细。

2.本表一式三份，卫健委、医务科、财务科各留存一份。

附件2

淮安区外请专家知情同意书

# 患者信息

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_ 住院号：\_\_\_\_\_\_\_\_

# 告知内容

1. 本次手术因技术需要，特邀外院专家（姓名：\_\_\_\_ 职称：\_\_\_\_ 单位：\_\_\_\_）主刀/指导。
2. 费用说明：专家费用由医院承担，患者无需额外支付；特殊情况需患者自费部分（如超范围耗材）将另行告知。

# 风险告知

外请专家手术可能存在沟通时效性差异，医院已制定应急预案。

# 患者/家属意见

□ 同意外请专家参与手术，并知晓上述内容。

□ 拒绝，要求由本院医师实施手术。

签字确认

患者/家属签字：\_\_\_\_\_\_\_\_ 关系：\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_

经办医师签字：\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_

 医疗机构名称：

 年 月 日

使用说明 ：1.所有模板需加盖医院公章或医务科备案章生效。

2.涉及患者签字部分需由两名医护人员见证。

3.可根据本院制度调整条款（如增加财务审核栏）。

4.如需进一步细化或法律审核，建议咨询医院法务部门。