

经治医师签名:

吕坤 / 王云 王云

手术者签名:

何明

日期:

2013-01-09 08:12

本人系患者(代理人), (患者)因患 左侧下颌骨骨髓炎;左侧下颌骨囊肿伴感染;左侧多间隙感染 疾病,在贵院治疗。经医师向我说明各种治疗方案的优、缺点后。我选择手术治疗。对医师以上说明及本页下面举例讲解的共 28 条告知内容及代替方案,我已充分理解,且愿意承担上述风险,同意医师实施上述手术方案,同时授权委托医师根据术中病情判断和患者利益,调整手术方案,并授权委托医师对已切除的器官、组织进行合理的处理。因系本人意愿,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(代理人)签名:

本人

与患者的关系:

日期:

2013-01-09 08:12

患者近亲属签名:

本人系患者(代理人), (患者)因患 疾病,需治疗。经医师向我交代各种治疗方案及替代方案的优、缺点后。我已充分理解以上说明及本页下面举例讲解的共 条告知内容,并充分理解拒绝手术风险,仍决定拒绝接受上述治疗并承担相应后果。因系本人意愿,目前及以后对此不提出异议。

患者(代理人)签名:

与患者的关系:

日期:

患者近亲属签名:

手术不良后果及医疗风险告知内容

手术前准备、手术中及手术后可能出现的并发症及不良后果告知(谈话)的基本内容列举如下:

- (1) 手术中、手术后可能发生隐性疾患突发。
- (2) 可能发生大出血。
- (3) 因解剖变异、严重粘连,可能无法避免地损伤周围及附近组织器官。
- (4) 可能无法手术切除,或切除后复发,需进一步治疗。
- (5) 手术中可能使用特殊医疗用品,如化疗泵、吻合器械等。
- (6) 手术中可能使用特殊治疗,如射频治疗、冷冻治疗等。
- (7) 手术后可能发生再出血,局部、全身感染,吻合口漏等。
- (8) 因以上原因等可能需要再次手术。
- (9) 各专科手术特有的并发症及不良后果等。
- (10) 其他无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。
- (11) 术区可能有神经、血管损伤,术后可能出现神经损伤症状,感觉麻木,口角歪斜等面部运动障碍。
- (12) 因解剖变异,术中可能损伤相关神经及血管,如颌神经、下牙槽神经、面神经及其伴行血管等导致术区,下唇感觉麻木,大出血等。
- (13) 术中有可能会损伤或拔除手术部位相关的牙齿,需术后行后续相关治疗如根管治疗,修复治疗等。
- (14) 此次手术为急诊手术,颌骨病灶未清除,术后可能复发,需再次手术。
- (15) 手术中需气管插管及插尿管,术后可能咽喉不适,插尿管时可能损伤尿道,导致术中及术后尿道出血,

- (1) 患者身体状况不佳，术后可能需重症监护室监护观察。
- (17) 术后因口内瘢痕组织影响张口，致张口受限。
- (18) 术中、术后发生病理性骨折。
- (19) 术后可能根据病检结果需辅助治疗。
- (20) 术后有可能手术区对应部软组织吸收，面部会有凹陷。
- (21) 术后肿胀、疼痛不适，需进食流质。
- (22) 术后间隙感染炎症不能良好控制，可能需要多次手术或者其他治疗。
- (23) 术后可能会伤口感染，需耐心、积极地配合医生治疗。因感染或术区唾液浸泡以及过度活动，缝线可能松脱，需再次缝合。
- (24) 后如因不良外力产生骨不连或其他炎症，需及时回我院治疗，可能需再次手术。
- (25) 术后应积极配合医生治疗，如未遵医嘱配合，及提前出院，致伤口感染、不愈等，一切后果自负。
- (26) 术后用药，部分未非医保，需患者自行承担相关费用。
- (27) 可能由于特殊细菌感染，需要转院或者隔离治疗。
- (28) 术中及术后如发生全身其他系统性疾病，需配合抢救或转院治疗。





武汉大学口腔医院 湖北省口腔医院

治疗方案知情同意书

口腔颌面创伤
与整形美容外

姓名 刘真兵 性别 男 年龄 47岁 科室 科 病区 三外 床号 8 住院病历号 70654

目前诊断: 左侧下颌骨骨髓炎; 左侧下颌骨囊肿伴感染; 左侧多间隙感染

相关治疗方案: 1. 左侧颊间隙、咬肌间隙、颞下间隙脓肿切开引流+左侧下颌升支区清创术, 备左侧下颌骨骨髓炎刮治术+骨髓炎病灶清除术
2. 无
3. 无

医师推荐治疗方案: 1. 左侧颊间隙、咬肌间隙、颞下间隙脓肿切开引流+左侧下颌升支区清创术, 备左侧下颌骨骨髓炎刮治术+骨髓炎病灶清除术

医师签名:

何明 /王云 王云

日期: 2013-01-09 08:11

患者或代理人选择治疗方案:

医师已向我交代以上治疗方案的优缺点, 我决定选择第 1 方案, 即

左侧颊间隙、咬肌间隙、颞下间隙脓肿切开引流

患者(代理人)签名:

患者近亲属签名:

与患者的关系:

本人

日期: 2013-01-09 08:11

复印专用章

手术知情同意书

姓名 性别 年龄 科室 肿瘤外科 病区 一外 床号 1 住院病历号 70654

诊断：左下颌骨囊肿

术名称：左下颌骨囊肿刮治术+左下颌牙龈翻瓣术+左下颌牙槽嵴修整术+左下颌牙龈齿龈成形术

因患左下颌骨囊肿疾病，需行手术治疗。本医师着病情告知了目前可行的治疗方案及替代方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致选择上述治疗方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术的条件，施行该手术可能出现无或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者（患者近亲属、代理人）交代并说明，一旦上述情况，可能加重原有病情、出现新的病变（损害）甚至危及生命，医务人员将按医疗原则予以尽力抢救，仍可能产生不良后果。是否同意手术，请书面表明意愿并签字。

经治医师签名： 能会鹏 手术者签名： 能会鹏 日期： 2017-06-08 11:01

系患者（代理人），（患者）因患左下颌骨囊肿疾病，治疗。经医师向我说明各种治疗方案的优、缺点后。我选择手术治疗。对医师以上说明及本页下面举例第25条告知内容及代替方案，我已充分理解，且愿意承担上述风险，同意医师实施上述手术方案，并授权委托医师根据术中病情判断和患者利益，调整手术方案，并授权委托医师对已切除的组织进行处理。因系本人意愿，目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者近亲属签名： 患者（代理人）签名： 与患者的关系： 夫妻 日期： 2017-06-08

系患者（代理人），（患者）因患疾病，经医师向我交代各种治疗方案及替代方案的优、缺点后。我已充分理解以上说明及本页下面举例讲解第25条告知内容，并充分理解拒绝手术风险，仍决定拒绝接受上述治疗并承担相应后果。因系本人意愿及以后对此不提出异议。

患者近亲属签名： 患者（代理人）签名： 与患者的关系： 日期：

手术不良后果及医疗风险告知内容

术前准备、手术中及手术后可能出现的并发症及不良后果告知（谈话）的基本内容列举如下：
术中、手术后可能发生隐性疾患突发。
可能发生大出血。
解剖变异、严重粘连，可能无法避免地损伤周围及附近组织器官。
可能无法手术切除，或切除后复发，需进一步治疗。
术中可能使用特殊医疗用品，如化疗泵、吻合器械等。

患者及家属理解并予以积极配合。
(23) 术中根据具体情况，可能改变手术方案。
(24) 如切口为颌下切口，术后可能疤痕可能影响美观。
(25) 钨针为高值耗材，且为自费项目不能报销，需经患者及家属同意方可理解以上情况，同意手术并同意使用各类自费耗材。

同义手术

术前诊断：左下颌骨囊肿复发
拟行手术名称：“左下颌骨囊性病变刮治术+牙龈翻瓣术+牙槽骨修整术+复杂牙拔除术+齿龈成形术+邻近瓣转移缺损修复术+（备左下颌骨部分切除术+备左面部病变切除）”（推荐方案）

患者因患左下颌骨囊肿复发疾病，需行手术治疗。本医师针对患者病情，结合我院现有诊疗技术、水平条件，告知了目前可行的治疗方案，包括保守治疗方案等替代方案，并给出上述推荐方案。已向患方充分阐述了不同方案的优缺点和实施上述推荐方案的必要性。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该治疗可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属、代理人）交代并说明，一旦发生所述情况，可能加重原有病情、出现新的病变（损害）甚至危及生命，医务人员将按医疗原则予以尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意手术，请书面表明意愿并签字。

其他可供选择治疗方案：1. 无
2.
3.
手术者签名：邵磊 经治医师签名：吴陈福 /刘朝明
日期：2018-08-20 18:10

本人系患者（或受患者委托的代理人），（患者）因患左下颌骨囊肿复发疾病，在贵院治疗。我已理解医师向我说明相关治疗方案的优缺点及不做手术的后果，我自愿选择接受医师所推荐的手术治疗方案进行治疗。医师以上说明及本页下面举例讲解的共27条告知内容及代替方案，我已充分理解。我知晓手术都有风险、手术中及术后可能出现并发症和后遗症等，愿意承担上述风险，同时授权委托经治医师根据术中病情判断和患者利益，调整手术方案，并授权委托经治医师对已切除的器官、组织进行合理的处理。因系本人意愿，目前及以后不再对上述问题提出异议。

（签署意见）同意手术。同意
患者（监护人、代理人）签名：[Redacted]
患者近亲属签名（注明与患者关系）：[Redacted]
日期：2018-08-20 18:11

本人系患者（代理人），（患者）因患左下颌骨囊肿复发疾病，需行相关治疗。经医师向我交代各种治疗方案及替代方案的优缺点后。我已充分理解以上说明及本页下面举例讲解的告知内容，并充分理解拒绝手术的风险，仍决定拒绝接受手术治疗并承担相应后果。因系本人意愿，目前及以后对此不提出异议。

（签署意见）
患者（监护人、代理人）签名：_____
患者近亲属签名（注明与患者关系）：_____
日期：_____

- (16) 术后根据病检结果，可能需要补充治疗。
- (17) 术后伤口感染，颌下切口易于发生术后感染，需要长期换药（2-3个月）。
- (18) 手术后可能需要骨腔填碘仿纱条，定期更换。
- (19) 术中，术后可能病理性骨折；术后出血，需再次手术探查。
- (20) 术后患区牙齿可能发生疼痛及其他症状需行根管治疗及其他治疗或拔除患牙。
- (21) 术后根据病检结果，可能需要补充治疗。
- (22) 此次手术为颌下切口，面神经下颌缘支可能损伤，致口角歪斜；舌神经损伤，感觉消失；舌下神经可能损伤，可致同侧舌肌瘫痪，伸舌萎缩。
- (23) 血管并发症，如：颈动脉破裂；颈动脉窦综合征，致出现心率减慢、血压下降、呼吸循环障碍。
- (24) 术中根据具体情况调整手术方案，患者可能罹患有全身系统性疾病，如：心脑血管疾病，且在我院术前常规体检无法查出。
- (25) 若术中病检为恶性，需行半侧下颌骨切除术，术后肿瘤复发、转移，可致面部畸形；术中颊神经受损致患侧面麻木；下牙槽神经受损致右下颌粘膜感觉麻木；舌神经受损致舌部感觉异常；术后下颌骨及下颌牙部分缺失，可能出现咬合功能；术后唾液量减少，不致引起口腔干燥；术后术区瘢痕（如患者为瘢痕体质，术后可能出现瘢痕增生）。
- (26) 患者可能罹患有全身系统性疾病，如心脑血管疾病，消化道疾病，肺部疾病，无法查出。术中或术后可能突发各种系统性疾病，可能需请外院专家会诊；若病情危重，患者及家属理解并予以积极配合。
- (27) 钨针电刀均属于高价值的医疗耗材，因手术需要，患者术中需使用此类耗材，经知情同意后方才使用。

以上共 27 项，我已认真阅读并充分理解、知情。

谈话医师签名：_____
患者（监护人、代理人）签名：_____
患者近亲属签名（注明与患者关系）：_____
日期：_____