



## 手术（有创操作检查）知情同意书

姓名: [REDACTED] 病案号: [REDACTED] 登记号: [REDACTED] 性别: 男  
年龄: 11岁 科 别: 口腔颌面外科 病 区: [REDACTED] 床号: [REDACTED]

## 一、病情介绍:

目前你的疾病诊断为: 上颌骨肿物性质待查: 牙源性肿瘤? 其他?

## 二、治疗建议及获益:

建议: 手术治疗。

获益: 减轻病痛, 延长生存时间。

您目前临床分期为, 拟在全麻下行右侧上颌骨次全切除术

## 三、参加手术（有创操作检查）人员: 贾俊 蔡旭

## 四、可能的治疗效果和缺点:

如果规范治疗, 可延长生存期, 改善生活质量, 缺点是 手术风险及并发症

## 五、可供选择的方案:

其它手术方案:

如您拒绝手术治疗, 您还可以选择: 观察

## 六、成功的可能性: 良好

## 七、有关治疗中和恢复期可能出现的问题和并发症:

- 1) 各种原因所致的心、脑、肺、肝、肾等重要器官功能不全, 多器官功能衰竭, 水电解质酸碱平衡失调, 危及生命, 甚至导致死亡。
- 2) 伤口感染等因素导致伤口延迟愈合或者不愈合, 伤口裂开。
- 3) 肿瘤可能无法切净或仅行组织活检, 术后根据常规病理结果决定下一步治疗, 术后可能行放、化疗等综合治疗, 术后肿瘤复发, 远处转移等。
- 4) 可能因麻醉药物严重过敏反应需要急救甚至死亡。
- 5) 术后肺部感染, 低氧血症甚至呼吸功能衰竭, 窒息, 导致死亡。
- 6) 术后伤口积血, 伤口引流不畅, 淋巴漏、乳糜漏, 必要时行急诊伤口探查。
- 7) 颌下手术术后出现舌部麻木, 口腔手术术后可能影响吐词的清晰, 面神经下颌缘支功能受损出现口角偏斜, 口底漏, 颌下腺漏等。
- 8) 颈部肿块手术及颈清扫手术可能出现长期术野麻木僵硬不适, 耳部麻木, 抬肩困难, 声嘶, 呼吸困难, HORNERS综合症, 上肢瘫痪, 淋巴漏等。
- 9) 术中可能需结扎腮腺导管, 摘除颌下腺, 导致术后口干。
- 10) 术后可能出现涎漏, 影响伤口愈合。
- 11) 术后腭部病变复发转移, 可能需再次手术治疗。
- 12) 术后术创缺损, 术后饮食及言语功能障碍。
- 13) 术中可能需拔除上颌恒牙, 导致术后咀嚼功能障碍。
- 14) 术后伤口感染, 伤口延期愈合, 可能需长期换药。
- 15) 术后腭部疼痛, 术后需镇痛治疗。



## 手术（有创操作检查）知情同意书

姓名：[REDACTED] 病案号：[REDACTED] 登记号：[REDACTED] 性别：男  
年龄：11岁 科 别：口腔颌面外科 病 区：[REDACTED] 床号：[REDACTED]

- 16) 术后因口内瘢痕组织影响张口，可能导致张口受限。
- 17) 术后肿胀不适，可能需鼻饲或进食流质。
- 18) 术后可能发生颈部淋巴结转移，需行颈部淋巴结清扫术。
- 19) 术中上颌神经、眶下神经、三叉神经及相应血管丛损伤，致术区麻木、感觉异常等并发症。
- 20) 可能发生口鼻腔贯通，饮水、进食呛入鼻腔。
- 21) 术中及术后可能导致左上颌骨病理性骨折，需复位处理。
- 22) 术后因扩大切除，致上颌骨缺失、腭部组织缺失，有呼吸、吞咽异常、咀嚼困难、影响常规义齿修复。
- 23) 术中或术后突发系统性疾患，或因常规检查无法查出的隐性疾患发生，需请外院专家会诊或转院治疗。
- 24) 术中术后出血等多种原因可能需要再次手术急救，探查。
- 25) 术后面部不对称，伤口疤痕影响美观等。
- 26) 术后入ICU，费用昂贵。
- 27) 其他不可预知的情况。

如果您患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

#### 特殊风险或主要高危因素

根据您的病情，您可能出现以下特殊并发症或风险面部畸形  
一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

#### 八、不进行治疗可能产生的结果：

如果您放弃任何治疗，肿瘤会继续生长，无法控制，最终会血尿、疼痛、出现转移、全身恶液质等症状导致死亡。任何手术或有创操作均有潜在的风险、并发症或不可预知的结果，包括：出血、感染、神经损伤。周围组织器官的损伤甚至死亡，您有权获得如下信息：您可得到的医疗服务，需进行的治疗，使用的药物信息，手术或有创操作，同时要了解其获益可能的并发症及潜在的危险，以便达到你的治疗目标。除非在紧急状况下，您必须获得知情同意，否则不能进行手术及有创操作，您要了解在手术操作中医师可以根据患者的病情征得法定代理人签字同意后，对预定的手术及有创操作做出调整，您也理解在我院进行的所有手术及有创操作的药物器械均获得我国卫生管理部门的批准。

作为湖南省省级医疗部门，我院承担医学教学和基层医院医师培训任务，因此，会有研究生，进修人员，外科助理医师，医学生和经过培训的卫生从业人员参与手术及有创操作，但都由本院有资格带教医师监督管理。此外，如果手术及有创操作过程涉及特殊专用设备及器械，制造商的代表有可能出现在手术及有创操作过程中。

您签字后即已经授权我院医师对您的血液、体液、活检组织、切除的组织器官进行检查、研究及无害化处理。

请您签字确认以下条款：

1、我已阅读并理解如下信息：我要进行的手术及有创操作的目的、益处、风险、替代方案及替代方案的益处和风险，放弃治疗的后果，医师已回答我的问题，我自愿选择以下方案：

全麻下行右侧上颌骨次全切除术

2、我理解在紧急情况下，医师认为有必要对预定的手术及有创操作进行调整，可在征得法定代理人签字同意后进行。



## 手术（有创操作检查）知情同意书

姓名: [REDACTED] 病案号: [REDACTED] 登记号: [REDACTED] 性别: 男  
年龄: 11岁 科 别: 口腔颌面外科 病 区: [REDACTED] 床号: [REDACTED]

3、我理解为了保证手术及有创操作的顺利进行，有必要实施麻醉或镇静，我已了解麻醉或镇静会有相关的风险和并发症，医师已经与我清楚说明。

4、医师已告知我术中或术后有可能输注血液和血液制品，我明白血液和血液制品的益处及风险，同意使用。

5、我同意在手术及有创操作过程中，在遵守医院相关的制度下，进行拍照、录像等以便进行研究和学术交流。

6、我并未得到手术百分之百成功的许诺。

履行知情同意医师陈述：

我已告知患者及其法定代理人进行手术及有创操作的益处、风险、替代方案、可能发生的意外和并发症、也无保证承诺该手术及有创操作必须达到的疗效，并且回答了患者相关问题，患者及其法定代理人已签字为证。

患者签名: \_\_\_\_\_ 患者签名日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 \_\_\_\_ 时 \_\_\_\_ 分

家属签名: [REDACTED] 关系: 父子 家属签名日期: 2014 年 12 月 20 日 \_\_\_\_ 时 \_\_\_\_ 分

医师签名 贾俊 工号: 0119 签名日期: 2014年12月20日

贾俊 0119

2014.12.20