

广东省中医院
手术知情同意书

姓名: [REDACTED], 女, 26岁, 入院日期: 2017年02月20日

住院号: [REDACTED]

术前诊断: 1. 原发性双侧膝关节病 (双膝)

拟行手术名称: 膝关节固定术(伴外固定装置)(左膝截骨矫形内固定术)

拟麻醉方式: 气管内插管全麻

患者因患: 1. 原发性双侧膝关节病 (双膝) 疾病, 需行手术治疗。本医师针对患者病情, 告知了目前可行的治疗方案, 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, 被授权委托人) 交待并说明, 一旦发生所述情况, 可能加重病情或危及生命, 医务人员将按医疗原则予尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意, 请书面表明意愿并签字。

手术目的: 减轻疼痛, 改善活动

可能出现的情况及并发症列举如下:

△麻醉意外: 有呼吸、心跳骤停, 多脏器损伤之可能;

△损伤神经、血管, 有大出血致出血性休克、肢体功能障碍之可能;

△有脂肪栓塞或血栓形成致肺栓塞、心脑血管意外、血栓性深静脉炎可能, 严重可导致患者死亡;

△术中或术后有创伤性休克、心衰、肾衰、呼衰、应激性消化道出血等可能;

△有伤口感染、伤口不愈合、皮肤坏死、术后瘢痕挛缩、影响外观及功能的可能;

△因输血引起的并发症的可能;

△手术有加重或诱发原有疾病以及隐匿性疾病的可能;

△术后有下肢不等长、感染、异位骨化、半脱位、内固定断裂需进一步手术之可能;

△术中有根据具体情况改变更切合实际的手术方案之可能;

△术后功能的恢复情况, 并不完全取决于手术, 需病者在专科医生的指导下配合进一步治疗和功能锻炼;

△术前或术后可能会使用贵重/自费材料(如止血粉、皮肤钉等)、药物(如白蛋白、抗凝药、抗菌素等)及治疗(如激光治疗、下肢功能锻炼仪等), 已同患者家属说明清楚, 并同意根据病情需要使用。

△韧带缝合后仍然有可能不生长、松弛或重新撕裂;

△术中或术后有内固定不牢、钻头断裂残留、击爆骨骼及固定物松脱、断裂的可能;

医师签名: [REDACTED] 2017年2月22日

患方签名: [REDACTED] 2017年2月22日

母方关系

广东省中医院
手术知情同意书

姓名: 女, 26岁, 入院日期: 2017年02月20日

住院号: 000000

可能出现的情况及并发症列举如下: (续背面)

△内植入物(包括肌腱、螺钉)有致排斥反应、电离解反应及过敏反应可能;

△手术前后有加重或诱发原有疾病或隐匿性疾病的可能性;

△手术后可能半年内患肢不能过度负重; 术后有可能复发或加重;

△其他不可预知的情况。

△若渗血严重, 可能需要使用自体血回输装置, 为自费材料, 约2500元/个; 内固定装置, 则需使用1.5万元/个;

△以上并发症有单一出现之可能, 亦有多种同时出现之可能, 严重者甚至可危及生命, 请患者及家属慎重考虑后签署意见;

备注:

签字人代表患方全体亲属、朋友等利益相关人。

替代医疗方案

保守治疗(能暂时缓解疼痛症状, 但反复发作, 患肢无力、活动受限等症状不能有效改善。)

医师签名:

2017年2月22日

本人系患者(或受患者委托的代理人), 在神志完全清醒的状态下签署本协议。(患者) 因患上述疾病, 在贵院治疗。经医师向我说明各种治疗方案的优、缺点后, 我决定选择:

A. 同意 接受上述手术治疗, 且承担上述风险, 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、组织进行合理的自理。医师以上说明我已充分理解, 目前及以后不再对以上问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述手术治疗, 并承担相应后果。因系本人意愿, 以后对此不提出异议。

签署意见(必须请患方写明同意或拒绝): 同意

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属(被授权委托人)签名(注明与患者的关系):

2017年2月22日 时 分

