



浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

### 鼻内镜下鼻窦开放术知情同意书

姓名: [redacted] 病区: 耳鼻咽喉科病房(3-6) 床号: 5 住院号: 00631079

- 1 这是一份有关手术/操作的告知书,目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜,请您仔细阅读,提出与本次手术操作有关的任何疑问,决定是否同意进行手术或操作。
- 2 由于已知或未知的原因,任何手术或操作都有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤甚至死亡。因此,医生不能对手术/操作的结果作出任何的保证。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危及生命的紧急情况外,在没有给予您知情并获您签署的书面同意前,医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间,您都有权接受或拒绝本手术/操作。

3 您的主诊医生是: 程可佳 您的经手医生: 刘永才

4 目前诊断: ☒ 双侧 ☐ 左侧 ☐ 右侧 慢性鼻-鼻窦炎

拟施行的手术/操作名称: 全麻下鼻内镜下 ☒ 双侧 ☐ 左侧 ☐ 右侧 鼻窦开放术

5 医生会用通俗易懂的语言给您解释:

5.1 手术/操作目的、预期的效果:

通畅鼻窦引流,为鼻窦炎的恢复创造条件。去除鼻涕或鼻塞等鼻窦炎引起的鼻部不适症状。

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

a 手术中可能出现的意外和危险性:

☒ 麻醉意外

☒ 术中损伤纸样板、筛顶,可能致颅内感染、脑脊液鼻漏

☒ 术中损伤鼻窦、泪囊、眼直肌、视神经,可能致 ☒ 术中筛动脉、颈内动、静脉损伤而出现难以控制的大出血。手术难以继续进行。

☒ 其他 全麻手术存在术后送ICU、术后肺部感染加重等可能。若全麻风险较大,可能改局麻手术。鼻中隔偏曲矫正准备,可能出现鼻中隔穿孔、血肿、脓肿等。

b 手术后可能出现的意外及并发症:

☒ 术后流泪、视力下降、复视甚至失明,脑脊液鼻漏,颅 ☒ 术后鼻塞、嗅觉下降、脓涕等症状缓解不明显

☒ 术后鼻腔粘连,术后鼻部胀痛、头痛

☒ 术后出血,再次去手术室治疗可能

☒ 手术后病发复发,再次手术

☒ 有病理标本的待术后病理结果,另外治疗可能

☒ 其它无法预测的并发症的可能

5.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全,使治疗过程顺利完成。具体措施为:

1) 术前:掌握手术适应症,心肺等一般功能检查,血化验,鼻窦CT,排除手术禁忌。

2) 术中:术中仔细、轻柔操作。

3) 术后:严密观察病情,有特殊情况及时处理。

4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。

5) 其它

5.4 可供选择的其它治疗方法:无

5.5 您选择的治疗方法:全麻下鼻内镜下 ☒ 双侧 ☐ 左侧 ☐ 右侧 鼻窦开放术



浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

### 鼻内镜下鼻窦开放术知情同意书

姓名: 黄晓莉 病区: 耳鼻咽喉科病房(3-6) 床号: 5 住院号: 00631079

- 6 您的主刀医生是: 程可佳, 助手: 刘永才 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士,必要时邀请病理及放射医生
- 7 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行,术中如有紧急或事先没有预料的情况发生,医生将及时与家属取得联系。根据出现的情况,医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。
- 8 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。
- 9 为了确保您对上述内容的准确理解,在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前,医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问,希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;

② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;

③ 您已经得到了有关手术的相关信息;

④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

谈话医生: [signature] 日期: 2019年3月1日 时 分

签 ( [redacted] ) 2019年3月1日 时 分  
☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他

