

复旦大学附属儿科医院

王术如排印

姓名

1. 患者术前影像学检查：1、左侧额颞顶区硬膜下血肿(术后引流术后)，2、脑肿瘤(右大脑非典型脉络膜乳头状瘤术后)

2.拟手术方案: 右侧脑室外引流术

3.为何实施此手术/操作:病情需要

4. 麻醉方式: 遵麻醉嘱

5.拟实施医疗方案及其风险和注意事项。

- 1、需要施行手术，有关麻醉手术、术后可能发生的意外情况和各种并发症，甚至死亡等，医生已反复向我说明。家属表示理解，愿意请儿科医院医师施行手术。
 - 2、术中、术后出血：伤口感染、裂开、不愈合可能。
 - 3、脑脊液漏，中枢感染可能。需要拔除引流管可能。
 - 4、术后引流管堵塞，脑积水不能缓解，再手术可能。
 - 5、术后二期行内引流手术可能。
 - 6、术后神经系统发育不良，脑发育异常可能以及相应症状如癫痫等。
 - 7、术后出现颅内出血，再手术冲洗可能。
 - 8、术中发生难以避免的各种意外情况，做相应处理。
 - 9、术后呼吸不稳定，转 PICU 进一步监护治疗可能。
 - 10、严重并发症可危及生命，或术后处于植物状态。
- 注：引流材料及进口线等按医保规定不属报销范围。

6.若放弃此项治疗可能引起的结果: 神经系统症状加重

7.替代治疗方案:保守治疗,随访观察

患方声明:1. 以上内容医生已向患方做了充分的解释, 患方已经了解实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、成功率之相关信息和不实施该医疗措施的风险; 患方向医师提出问题和疑虑, 已获得说明; 患方已经了解该医疗措施可能是目前最适当的选择, 但其仍 然存在风险且无法保证一定能够达到预期目的。

2. 紧急及意外情况处置授权：患方明白除了医生告知的危险以外，医疗方案实施中有可能出现其他危险或者预想不到的情况，在此也授权医生，在遇到紧急、危险或其他预料之外的情况时，按照医学常规予以处置。

基于以上声明, 惠

患者法定监护人/委

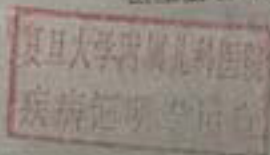
身份证号:

法定监护人/委托人签名(盖章): 2017年12月24日 16时10分

医生签名:

考生签名日期:2017年12月27日07时34分

操作医师:



复旦大学附属儿科医院伦理委员会批复书 (编号: 复儿伦审 (2017) 166 号)

项目名称: 多西环素治疗多重耐药鲍曼不动杆菌导致的脑膜炎

项目负责人: 吴霞

项目类别:

回顾性研究

申办单位: 复旦大学附属儿科医院

起止日期:

2017/10/01-2017/10/05

审查委员: 朱启镕、周文浩、肖现民、陆毅群、仇子龙、邢清和、阚海东、钱莉玲、施晓桦、尹音

以下内容由伦理委员会填写:

伦理委员会审阅以下文件: (提交资料标记为√, 未提交资料的标记为×)

(√) 研究方案 (中英文)

(√) 初始审核申请表

(√) 知情同意书样本或免知情同意说明

() 项目相关批件

() 其他资料: 请说明

投票结果:

应到: 10 人, 实到: 7 人, 回避: 0 人

同意 7 票, 修改后同意 0 票, 修改后再审 0 票, 不同意 0 票, 弃权 0 票。

伦理委员会审批意见: (在所选意见前打√)

(√) 同意

() 做必要的修正 (见备注) 后同意

() 不同意 (否决的原因见备注)

备注:

主任委员签名:

复旦大学附属儿科医院伦理委员会 (盖章)

日期: 2017 年 9 月 27 日

说明: (1) 如果伦理委员会中有委员与本项研究或本项研究的发起者有关, 请注明; 同时该委员不得对本研究进行投票表决。(2) 研究者需严格按照伦理审查申请书中的方案操作并按照要求定期递交进展报告, 随时配合伦理委员会对项目开展的不定期督查。