

锦州市中心医院

住院号: []

姓名: []

- 13) 水电解质平衡紊乱;
 - 14) 诱发原有疾病恶化;
 - 15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;
 - 16) 再次手术的可能;
 - 17) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术;
 - 18) 病灶切除不全, 或肿瘤残体存留;
 - 19) 术中损伤神经、血管及邻近器官, 如 _____;
 - 20) 术后患者出现癫痫, 需长期用药控制
 - 21) 术后患者出现脑水肿, 需行二次手术去骨瓣减压术。
 - 22) 患者术后可能原有症状可能不缓解, 甚至加重的可能。
 - 23) 术中术后下造成丘脑的损伤, 患者术后可能长期昏迷的可能以及离子紊乱的可能。
 - 24) 根据术中肿瘤生长情况进行切除, 可能无法完全切除, 或者行肿瘤部分切除。肿瘤残留, 以及术后复发的可能。
4. 我理解如果我患有高血压、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。
5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

1. 术后意识状态短时间甚至长时间不好转, 最终成为植物生存状态。
2. 术后因昏迷导致各种卧床并发症, 如肺炎, 褥疮, 深静脉血栓等多种并发症危及生命。
3. 术后短时间不清醒需要行气管切开术。
4. 出血损伤重要功能区导致肢体瘫痪不缓解, 最终完全瘫痪, 肌肉萎缩。
5. 术后病情不好转, 加重危及生命。
6. 术后2次出血需要再次进行手术。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

1. 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。
2. 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
3. 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 [] 与患者关系 母子 签名日期 2019 年 8 月 3 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 高新 签名日期 19 年 8 月 3 日