

吉林大学第二医院 手术知情同意书

姓名: [] 性别: 女 年龄: 32岁 科室: 产科 病案号: []

患者姓名: [] 性别: 女 年龄: 32岁 病案号: []

术前诊断: 中期妊娠

拟行手术名称: 人工流产术

手术中、手术后可能出现的手术并发症和手术风险等情况:

1. 中期妊娠引产有多种引产方式, 但患者为孕中期, 不适合药物流产, 水囊引产容易感染, 孕妇及家属要求行利凡诺引产终止妊娠。
2. 继发不孕。
3. 过敏反应。
4. 肝、肾损害。
5. 产道裂伤。
6. 羊水栓塞, DIC, 危及生命。
7. 胎盘粘连, 胎盘植入, 子宫收缩乏力, 产时、产后大出血, 切除子宫的可能。
8. 此种引产方法失败, 改换其他方法引产。
9. 流产不全, 行刮宫术, 子宫穿孔, 手术修补, 甚至切除子宫的可能。
10. 术后行清宫术。
11. 其他情况另行交待。

医生陈述:

我已详细告知患者/患者家属将要进行的手术的适应症、禁忌症, 手术前准备, 拟采取的麻醉方式、此次手术及手术后可能发生的并发症及合并症、可能存在的其他手术方法及备选的替代治疗方案, 并且充分解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: []

签名日期: 2019 年 1 月 10 日

患者或患者家属陈述:

1. 医生已经告知我将要进行的手术的适应症、禁忌症, 手术前准备、拟采取的麻醉方式、此次手术及手术后可能发生的并发症及合并症、可能存在的其他手术方法及备选的替代治疗方案, 并且充分解答了患者关于此次手术的相关问题。
2. 我同意并接受在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
3. 我理解我的手术需要多位医生共同参与。
4. 医生并未向我做出手术百分百成功的许诺。
5. 我授权医生对手术切除的病变器官、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。
6. 其他: 无

患者/被授权人签名: []

与患者关系: 配偶

签名日期: 2019 年 1 月 10 日

吉林大学第二医院
手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 32岁 科室: 产科 病案号: [REDACTED]

患者或患者家属意见: (请患者/患者家属确认后逐字抄写以下内容)

“我对以上情况已充分知情了解。”

我对以上情况已充分知情了解

此文路更



患者/被授权人签名: [REDACTED] 与患者关系: 配偶 签名日期: 2019年 1月 10日