

手术治疗方式与风险知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

科别: 妇科二病区

床号: 87

住院号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患 盆腔包块，对于该病症，医生已经将目前比较主流的治疗方法、替代治疗方案（如：腹腔镜下探查术或剖腹探查术等）等向我作了介绍，综合我的具体情况和医生的建议，我最终考虑可以接受以下适合我病情的手术治疗方案：

手术潜在风险 剖腹探查术

医生告知我手术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术操作方式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与其讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；
2. 术中、术后出现心、脑、肺等系统意外或并发症，严重者可出现呼吸心跳骤停，导致猝死；
3. 术中、术后发生感染、多器官功能衰竭、水解质平衡紊乱等；
4. 术中因解剖位置及关系变异变更术式；
5. 病灶侵犯周围脏器，需要合并切除受侵犯器官及组织等；
6. 术中损伤神经、血管及邻近器官；
7. 术中大出血，导致失血性休克，严重者可能导致死亡；
8. 术中、术后伤口渗血、出血，可能需要行二次手术；
9. 术后不能切净病灶，或肿瘤残体存留，术后复发；
10. 因病灶或患者健康的原因，终止手术；
11. 伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合，瘘管及窦道形成，切口疝；
12. 其它风险和并发症

患者知情选择

本人明白除了医生告知的危险以外，还有医疗操作或手术均有可能出现的其他危险，并且在手术中可能会发生预想不到的情况。在此，我授权医生在遇到此类情况时，从考虑本人利益的角度出发，按照医学常规予以处置，尤其在发生紧急、危险情况时，本人同意授权医师可以即时处置。理解手术风险，同意手术！

患者签名捺手印 [REDACTED]

签名日期 2018年 2月 1日

如果患者无法签署知情同意书，其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名捺手印 [REDACTED]

与患者关系 [REDACTED]

签名日期 2018年 2月 1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 [REDACTED]

签名日期 2018年 2月 1日

