

# 北京中医药大学第一临床医学院东直门医院

## 皮肤肿物切除术/组织活检术知情同意书

患者姓名

性别 男

年龄 30

病历号

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 营养不良性大疱性痒疹表皮松解症 疾病，根据病情，需要在 局部 麻醉下进行手术切除/皮肤组织活检术。

手术切除的目的是为了彻底清除病灶，组织活检术的目的是明确诊断，以便制定有针对性的治疗方案。

### 手术潜在风险和对策：

医生告知我如下皮肤肿物切除术/组织活检术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的手术根据不同的病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生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. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所有药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此手术存在以下风险和局限性：
  - 1) 局部出血；
  - 2) 局部神经损伤；
  - 3) 创口感染；
  - 4) 创口愈合不良；
  - 5) 局部瘢痕形成；
  - 6) 有些疾病可能复发；
  - 7) 为明确诊断，有些患者需要多次行活检术；
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，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. 我理解术中我题为不当或术后不遵医嘱，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，我可能出现以下并发症或风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

### 患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

☒ 有关手术治疗的原因、必要性以及可能存在的风险性和不良反应，医护人员已经向我们详细告知，我们理解，在手术过程中上述风险是难以完全避免的。

☒ 我 同意 (“同意”) 实施必要的手术治疗并自主自愿承担可能出现的风险。若在手术治疗过程中发生意外紧急情况，同意 (“同意”) 接受贵院的必要处置。

☒ 我 同意 (“同意”) 医师对治疗设计的病变器官、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 2018 年 07 月 13 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 \_\_\_\_\_ 签名日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医护人员陈述：

我已经告知患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人有关药物治疗的原因、必要性以及药物治疗可能存在的风险性和不良反应，并解答了关于药物治疗相关的问题。

医生签名 李玲玲

签名日期 2018 年 07 月 13 日