

# 遵义医学院附属医院

## 知情告知信息

姓名: [REDACTED] 病区: 耳鼻喉科病区 床号: 23 住院号: [REDACTED]

### 手术同意书

术前诊断: 右咽旁间隙肿瘤。

拟行手术名称: 颈外进路咽旁间隙肿瘤切除术 + 筋膜瓣成形术

拟行手术时间: 2020-07-08

手术目的: 治疗疾病

医务人员在实施该手术时, 术中、术后可能会出现以下风险及并发症(麻醉风险及并发症另有告知):

1. 麻醉意外;
2. 术中、术后出血危及生命;
3. 困难气道、暴露困难, 术后感染、残留、复发, 可能需反复多次手术;
4. 如术后涎瘘, 皮肤形成小瘘口, 涎液由瘘口流出; 如术后形成耳颞神经综合征, 出现咀嚼时引起面部的味觉性出汗和潮红; 如术后面神经损伤, 术中术后面瘫, 如患侧面部表情运动丧失, 面部不对称, 额纹消失, 不能皱眉与闭目, 鼻唇沟变浅, 口角下垂并向健侧歪斜, 发爆破音困难, 鼓腮漏气, 进食经口漏出;
5. 术后疼痛, 伤口不愈合、延迟愈合、瘢痕组织增生、影响外观, 伤口下血肿、脓肿形成; 术中及术后窒息死亡;
6. 皮下气肿、纵隔气肿、气胸形成;
7. 术后声嘶、呛咳、咽瘘;
8. 术后咽喉水肿, 拔管困难, 需行气管切开术, 严重时转ICU, 甚至可能终身带管;
9. 术后症状改善欠佳甚至加重;
10. 术后据病理结果确定是否需进一步治疗, 据术中情况确定最终术式;
11. 其它一切不可预料的意外情况。

医务人员将严格遵守操作规程, 但不能完全避免上述风险及并发症的出现, 一旦发生, 医务人员将尽力采取措施处理。上述风险及并发症, 医师已如实告知, 病人及家属已详细了解, 自愿选择手术治疗, 并愿意承担手术可能面临的风险及并发症。

同意手术并签字如下:

病人签名: [REDACTED] 代理人签名: \_\_\_\_\_

特别提示:

经过充分理解手术的相关情况, 自愿决定放弃手术治疗, 并且愿意承担因不实行手术而面临的健康风险。

不同意手术并签字如下:

病人签名: \_\_\_\_\_ 代理人签名: \_\_\_\_\_

医生签名: [REDACTED]

日期: 2020 年 7 月 7 日

