

吉林大学第二医院

手术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 46 岁 科室: 手外科 病

患者姓名: 性别: 男 年龄: 46 岁 病案号:

术前诊断: 右上肢腋窝肿物

拟行手术名称: 肿物切除术

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. 麻醉药物过敏、呼吸心跳骤停、危及生命;
2. 术中视肿物情况决定切除方式, 必要时行神经切断重新吻合;
3. 出血血肿、肿物与血管神经肌腱粘连紧密致血管神经肌腱损伤;
4. 术后血管神经肌腱粘连致运动、感觉障碍;
5. 肿物复发转移、恶性可能, 需术中快速病理及术后病理决定最终诊治等事项;
6. 如肿物与神经交错或行切断修复、术后神经功能恢复差、有继发畸形、肌肉萎缩、活动障碍、感觉麻木、并始终存在等可能;
7. 长期卧床、肢体制动致深静脉血栓、栓子脱落导致心肺栓塞、出血、褥疮、肺部、尿路等多部位感染、需多科综合诊治、甚至因病情危重需转入 ICU 抢救、最终危及生命可能;
8. 术后皮肤感染、慢性坏死、创口长期不愈合等风险;
9. 疗程长、费用高, 其他不可知风险及并发症, 术中术后另行交代;

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 11 月 1 日

患者或家属陈述:

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)

患者/被授权人签名:

与患者关系:

签名日期: 2019 年 11 月 1 日

吉林大学第二医院

手术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 46 岁 科室: 手外科 病案号:

“我对以上情况已充分知情了解。”

患者、被授权人签名: 与患者关系: 签名日期: 年 月 日