

## 昆明市儿童医院手术知情同意书

患者姓名 [REDACTED] 出生日期(8位数) 2019-09-17 (1个月) 性别 女  
科 室 烧伤(创)伤整形外科 ID号或住院号 [REDACTED] 床号 12

**临床诊断:** 先天性右侧额部红色斑块性质待查

**拟行的手术名称:** 右颞区皮肤肿物组织活检术+任意皮瓣形成覆盖术

**施行该手术目的:** 明确皮肤病损性质。

如不施行该手术,可能会导致:皮肤病损性质不明,延期手术难度增大。

根据患者的病情,需要进行上述手术。该手术是一种有效的治疗手段,一般来说,该手术过程是安全的,但由于手术具有创伤性和风险性,因此医师不能保证该手术的效果,但我们将竭尽全力为患者提供优质的服务,科学、认真、严肃、谨慎地进行此项手术。

请您认真阅读和理解这份知情同意书,有不理解的地方,可向医生咨询,直至理解,感谢您的合作。

### 该手术潜在风险:

该手术存在发生风险的可能,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术方式根据患者的情况不同而有所不同。因个体差异及某些不可预料的因素,术中可能会发生意外和并发症,现告知如下,包括但不限于:

1. 麻醉意外,包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克,甚至危及生命及药物毒性反应。
2. 术中及术后出血可能,术后形成皮下血肿可能。
3. 术后伤口感染、裂开可能。
4. 本次术中不能完全切除皮肤病损,只切除部分组织行活检术,术后包块残留、复发可能。
5. 包块与大血管连接,出血量大,严重者可危及生命。
6. 术后根据病理检查结果需进一步治疗可能。
7. 术中包块与局部肌肉粘连紧密,局部肌肉切除后活动受限可能。
8. 术中视具体情况行相应处理。
9. 其它: ☒ 无 ☐ 有

**可供选择的其他替代方案:** 定期门诊随访

### 医生陈述:

我已经告知患者家属将要进行的手术方式,此次手术可能发生的并发症和风险、可以替代的其他治疗方法,并解答了患者家属关于此次手术的相关问题。

医生签名 [REDACTED] 签名时间: 2019年11月03日08时37分

### 患者家属意见:

我已详细阅读以上内容,对医师的告知表示完全、充分完全理解。经慎重



如不施行该手术，可能会导致：皮肤病损性质不明，延期手术难度增大。

根据患者的病情，需要进行上述手术。该手术是一种有效的治疗手段，一般来说，该手术过程是安全的，但由于手术具有创伤性和风险性，因此医师不能保证该手术的效果，但我们将竭尽全力为患者提供优质的服务，科学、认真、严肃、谨慎地进行此项手术。

请您认真阅读和理解这份知情同意书，有不理解的地方，可向医生咨询，直至理解，感谢您的合作。

#### 该手术潜在风险：

该手术存在发生风险的可能，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据患者的情况不同而有所不同。因个体差异及某些不可预料的因素，术中可能会发生意外和并发症，现告知如下，包括但不限于：

1. 麻醉意外，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命及药物毒性反应。
2. 术中及术后出血可能，术后形成皮下血肿可能。
3. 术后伤口感染、裂开可能。
4. 本次术中不能完全切除皮肤病损，只切除部分组织行活检术，术后包块残留、复发可能。
5. 包块与大血管连接，出血量大，严重者可危及生命。
6. 术后根据病理检查结果需进一步治疗可能。
7. 术中包块与局部肌肉粘连紧密，局部肌肉切除后活动受限可能。
8. 术中视具体情况行相应处理。
9. 其它：☒无 ☐有

可供选择的其他替代方案：定期门诊随访

#### 医生陈述：

我已经告知患者家属将要进行的手术方式，此次手术可能发生的并发症和风险、可以替代的其他治疗方法，并解答了患者家属关于此次手术的相关问题。

医生签名：[REDACTED] 签名时间：2019年11月03日08时37分

#### 患者家属意见：

我已详细阅读以上内容，对医师的告知表示完全、充分完全理解。经慎重考虑，我决定：

☒ 同意此项手术 ☐ 不同意此项手术 ☐ 其他

我知晓手术都有风险，手术中和手术后可能出现并发症和后遗症等，本人愿意承担上述风险，同意医生实施上述手术方案。

我明白在此手术中，遇有不可预见的情况时，可能需要变更手术方案或附加其他操作。我授权医师在遇有紧急情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施，并保证承担所需全部费用。

患者家属签名：[REDACTED] 与患者关系：[REDACTED]  
时间：2019年11月03日08时40分