

上海市儿童医院
上海交通大学附属儿童医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: [REDACTED] 病区: 特需病房 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

1、术前诊断: 局部肿物 (左侧颞部瘻管伴感染)

2、拟施手术名称: 左侧颞部瘻管摘除术

3、手术风险及并发症:

- (1) 麻醉意外, 误吸, 吸入性肺炎可能; 声嘶, 环杓关节脱位可能;
- (2) 休克、窒息、死亡可能;
- (3) 术后再次复发可能;
- (4) 术中损伤颞部神经血管、颅骨可能, 甚至伴发颅内感染可能;
- (5) 感染, 延期愈合可能;
- (6) 全麻术后腹胀, 腹痛、进食呕吐可能; 术后发热, 体温高于38.5℃可能;
- (7) 术中术后难预料的并发症可能;
- (8) 本疾病属医保单病种范围, 医保只支持单病种报销费用, 其他费用自费;
- (9) 患儿所有监护人均同意 使用自费药品, 自费手术材料, 自费检查, 部分自费药品使用方法决定权最终由医生决定
- (10) 其他无法预料的风险和意外情况。

5、替代治疗方案: 局部切开排脓等

请仔细阅读, 如对上述告知情况不理解, 可向医师咨询。在您充分理解后再决定, 如同意手术请在本知情同意书上签名。

患方意见:

同意手术

与病人关系: 母女

监护人 (代理人) 签名:

[REDACTED]

患方签名日期: [REDACTED] 25日 20时24分

经治医师签名: 沈晨凌

手术医师签名: 李晓艳

上海市儿童医院
上海交通大学附属儿童医院
手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 4岁11个月 病区: 特需病房 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

日期: 20[REDACTED]5日18时17分