



## 手术知情同意书

姓名:

1 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读,提出与本次手术操作有关的任何疑问,决定是否同意进行手术或操作。

2 由于已知或未知的原因,任何手术或操作都有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤甚至死亡。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外,在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前,医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间,您都有权接受或拒绝本手术/操作。

3 您的主诊医生是 刘建华 李志勇 您的经管医生 魏栋

术前诊断 左颞下窝肿物

拟施行的手术/操作名称:左颞下窝肿物切除术+左上、下颌骨部分切除术

需要分次手术: ☐ 是 ☒ 否

4 医生会给您解释:

4.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果:

完整切除肿物,明确诊断

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

a 手术中可能出现的意外和危险性:

- |                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| 1. 麻醉意外                              | 2. 难以控制的大出血      |
| 3. 药物过敏                              | 4. 导致死亡或无法挽回的脑死亡 |
| 5. 术中心跳呼吸骤停                          |                  |
| 6. 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案               |                  |
| 7. 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤,将导致患者残疾或带来功能障碍 |                  |

8. 其他:

1. 本次手术复杂,手术拟先切取部分肿瘤组织送冰冻,根据冰冻病理报告决定手术方案。但具体诊断以后期常规病理报告为准。2. 肿瘤位置深在,难以完整切除可能。必要时可能需要终止手术。3. 肿瘤紧邻颈内动静脉等重要血管,术中损伤相关血管导致术中术后大出血可能,术后出现脑瘫可能。出血较多时,必要时考虑输血或术后二次手术止血可能。损伤舌咽神经、交感神经、迷走神经等相关神经,出现honor症等相关神经损伤症状可能。4. 术后创口肿痛渗血,炎症感染需长期换药可能。5. 为充分暴露肿瘤,必要时考虑切除部分上颌骨。术后有骨髓炎、骨不愈合、骨发生坏死的可能。6. 术后仍有张口受限,咬合关系紊乱可能,必要时行颌间牵引,二次手术可能。7. 术后口外疤痕影响美观,术后面型不对称的可能,美观达不到患者的要求可能;疤痕挛缩影响头颈部运动及感觉可能。8. 术后病理性骨折需二次手术可能。9. 术中伤及面神经致术后额纹消失、闭眼不全、口角歪斜可能;伤及腮腺致术后涎瘘可能。10. 术中必要时将髁状突、喙突部分切除并成形,术后咬合不对称,下颌骨偏斜,咬合关系不良可能。11. 若冰冻提示恶性肿瘤,必要时考虑颈清,颈清术中损伤面神经下颌缘支、舌神经、舌下神经、副神经等导致术后出现口角歪斜、舌体麻木、伸舌歪斜、声嘶呛咳、举臂困难等可能。颈清术后出现气胸、乳糜漏可能。12. 术后肿瘤复发转移可能。13. 术后根据最终诊断,可能需





## 手术知情同意书

姓名:

[Redacted Name]

进一步对因治疗,必要时考虑放化疗。14.术中术后气道受压,出现窒息可能,必要时考虑气管切开,术中损伤迷走神经等导致术后出现声嘶呛咳可能,术后肺部感染,拔管困难可能。15.其他不可预知的意外及并发症。16.诊疗过程中存在自费项目。

b手术后可能出现的意外及并发症:

- |            |                     |
|------------|---------------------|
| 1 术后出血     | 2 局部或全身感染           |
| 3 切口裂开     | 4 脏器功能衰竭(如弥漫性血管内凝血) |
| 5 水电解质平衡紊乱 | 6 术后气道阻塞            |
| 7 呼吸、心跳骤停  | 8 诱发原有疾病恶化          |
9. 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符
10. 再次手术

- ☒ 其他: 1. 因病例特殊,目前诊断不明确,可能需术中更改手术方式,将在术中得到被授权人认可后继续手术。2. 若术后需进一步治疗,将预先与患者及其代理人沟通。3. 我院为教学医院,患者的病例资料及相关个人信息,可能在确保不泄露个人身份等隐私的情况下,用于科研、教学,或用于论文发表,我们保证教学科研等活动不会对患者个人利益造成损害。若存在类似风险,将预先再次告知患者并取得同意。 ✓

4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现的各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全,使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: ①术前:认真评估病人,选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查,如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。
- 2) 术中: ①严密监测生命体征变化,保持生命体征平稳,备齐各种急救设备,随时处理术中出现的各种情况;②仔细操作,动作轻柔、准确。③严密止血。
- 3) 术后: 严密监测生命体征及手术部位变化,并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它

4.4 可供选择的其它治疗方法: 单纯药物治疗

您选择的治疗方案: 手术切除病灶

5 如需植入内置物,您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型: 无

6 您的主刀医生是: 刘建华 魏栋, 助手 林轶 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉医生和手术室护士,必要时邀请病理及放射医生。

7 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行,术中如有紧急或事先没有预料的情况发生,医生将及时与家属取得联系,根据出现的情况,医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

8 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品,他/她将会告诉您有关输血或血制品的风险、利弊,这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此,您有权同意或拒绝接受输注血液或血制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

9 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置和科学研究。 ✓





浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

10 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩,也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。 ✓

11 为了确保您对上述内容的准确理解,在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前,医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问,希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;
- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

谈话医生

[Signature]

日期

2019

年

11

月

日

(3-7)

时

分

签

[REDACTED]

年

月

日

时

分

(☒ 患者本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)

