

山东省立医院

手术同意书

姓名: 年龄: 49岁 科室: 乳腺甲状腺外科

住院号:

术前诊断: 左乳包块

拟行手术名称: 左乳包块切除备左乳癌改良根治术

术中或术后可能出现的并发症、手术风险:

备左腋窝前哨淋巴结活检

手术中并发症: 1、突发心脑血管意外 2、麻醉意外 3、呼吸心跳骤停 4、损伤周围血管神经如腋动、静脉、锁骨下血管、臂丛神经及其分支等 5、出血 失血性休克. 6、若为恶性, 则行乳腺癌改良根治术增加手术危险性。

术后可能出现下列并发症: 1、切口皮瓣坏死 刀口裂开 延迟愈合 不愈合. 2、出血休克、二次手术. 3、皮下积液、感染. 4、上肢功能障碍、局部皮肤感觉障碍.

5、淋巴水肿、淋巴漏. 6、肿瘤复发转移. 7、肺内感染、多器官功能衰竭. 8、下肢深静脉血栓形成. 9、心脑血管意外 10. 其他意外情况。

手术者签名:

经治医师签名:

签署日期: 2012.5.31

医师已告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式做出调整。我授权医师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。

患者签名:

若患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签名:

与患者关系: