

安徽省宿州市立医院
手术知情同意书

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有右耳前瘻管切开后,需要在全身麻醉下行探查止血术。

手术目的:

- ①进一步明确颌面部肿胀原因
- ②探查止血
- ③缓解症状
- ④其他

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下手术可能发生的风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术式根据不同病人的情况有所不同,医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用,包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克,甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策:
 - 1) 麻醉意外,麻药过敏,轻者瘙痒、皮疹,重者休克甚至死亡。
 - 2) 手术中,手术后出现心、脑、肺、肾、肝、消化道等多脏器并发症,包括心功能不全、心肌梗塞、脑血管意外、肝肾功能不全或衰竭、消化道出血等,严重者危及生命。
 - 3) 术中、术后出血。
 - 4) 术后切口感染,延期愈合;严重者引起耳廓化脓性软骨膜炎。
 - 5) 病变残留、复发等,依据术中探查可能需要扩大手术。
 - 6) 术后疤痕,影响容貌。
 - 7) 其他不可预知的情况如呼吸困难需要气管切开等。
 - 8) 医学为特殊自然科学,由于当前医疗及科技水平限制,无法对某些特殊并发症做出准确预测。有时即使医、护、患各方尽其所力,但仍难以完全避免某些并发症发生或治疗效果欠佳。患、医双方财力、物力及精神之付出可能与期望值差距较大。以上特请患者及家属予以理解。
4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这



安徽省宿州市立医院

手术知情同意书

些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作切除的病变器官、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 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者

患者授权

签名日期

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及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患者关于此次手术的相关问题。

医生签名：_陈晓娟_

签名日期：_2020年4月3日_

