

手术知情同意书

住院号: [REDACTED]

床号: [REDACTED]

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 44岁 民族: 彝族 科室: 神经科一病区

病情摘要: 1.患者中年男性,因“头晕1+年。”入院2.查体:意识I级,应答切题,查体合作。头颅无畸形,双侧瞳孔等大等圆,直径3mm,对光反射灵敏。肌力V级,四肢肌张力正常,感觉无明显异常,腱反射可对称引出,病理反射未引出,颈阻阴性,克氏征和布氏征阴性。3.辅助检查:腹部彩超:脂肪肝;头颅MRI:右前中后颅底脑外巨大肿块占位,侵及范围如上述,考虑:脑膜瘤可能性大,血管外皮细胞瘤待排除。

过敏史: 无

术前诊断: 右侧额颞部巨大颅内占位病变 脑膜瘤? 血管外皮细胞瘤? 右眼颞侧视野缺损 高脂血症 脂肪肝

拟定手术方式: 开颅右侧额颞部巨大颅内占位性病变切除术

拟定手术医师: 徐建国 魏剑波 吴科 胡泽红

拟定麻醉方式: 全麻

拟定手术日期: 2020年5月4日09时 临时更改为:

根据您的病情,您需要进行上述手术治疗(以下称手术)。该手术是一种有效的治疗手段,一般来说,手术和麻醉是安全的,但由于该项手术具有创伤性和风险性,因此医师不能向您保证手术的效果。因个体差异及某些不可预料的因素,术中和术后可能会发生意外和并发症,严重者甚至会导致死亡。现告知如下,包括但不限于:

- √1、麻醉并发症(另附麻醉知情同意书)
- √2、术中、术后大出血,严重者可致休克,危及生命安全;
- √3、术中在解剖位置及关系变异变更术式;
- √4、术中可能会损伤神经、血管及邻近器官;
- √5、伤口并发症:出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合,瘻管及窦道形成;
- √6、脂肪栓塞;严重者可导致昏迷及呼吸衰竭,危及生命安全;
- √7、呼吸系统并发症:肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
- √8、循环系统并发症:心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停;
- √9、尿路感染及肾衰;
- √10、脑并发症:脑血管意外、癫痫;
- √11、精神并发症:手术后精神病及其他精神问题;
- √12、血栓性静脉炎,以致肺栓塞、脑栓塞;
- √13、多脏器功能衰竭,弥漫性血管内凝血(DIC);
- √14、水电解质平衡紊乱;
- √15、诱发原有疾病恶化;
- √16、术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;
- √17、再次手术;

本手术提请患者及亲属注意的其他事项:

- 1.术中大出血,失血性休克、死亡可能;
- 2.术后伤口感染,颅内感染、脑脊液漏、皮下积液、线结反应,切口长期渗液可能;
- 3.术后出现脑积水、癫痫发作可能;
- 4.术后再出血,必要时需再次手术的可能;

同意



手术知情同意书

住院号: [REDACTED]

床号: [REDACTED]

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 44岁 民族: 彝族 科室: 神经科一病区

5.因肿瘤位于重要功能区,周围有重要血管、神经,肿瘤不能全切除的可能;

6.术后可能出现各种神经损伤症状,如嗅觉功能障碍、视力障碍、眼球运动障碍、面瘫、听力下降、耳聋、眩晕、声音嘶哑、饮水呛咳、肢体感觉障碍、肢体瘫痪等;

7.肿瘤位于重要功能区,术后性格改变、肢体活动障碍、失语不能恢复,术后可能出现昏迷、高热、电解质紊乱、消化道出血等并发症;患者病变巨大、血供极其丰富,与周围血管神经包绕,术中大出血死亡、神经血管损伤,术后遗留各种功能障碍、脑梗塞等可能;患者视野已有异常,后期视力无好转甚至进一步下降可能。

8.患者预后取决于肿瘤的性质,如系恶性肿瘤,术后短期内可能复发,预后较差,良性肿瘤预后相对较好;但仍有复发可能。

9.麻醉意外详见麻醉知情同意书;

10.术后发生呼吸并发症:肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;心脏并发症:心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停;血栓性静脉炎,肺栓塞或其他部位栓塞;多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血);水电解质平衡紊乱;诱发原有疾病恶化;术后胃肠道出血,应激性溃疡,严重者死亡;因脑功能损害导致长期昏迷、高热、电解质紊乱以及肝肾功能衰竭、消化道出血、肺部感染、循环系统、泌尿系统等并发症的可能;11.如术前患心脏病或隐性心脏病、糖尿病、高血压等,可能在术中术后突发,严重者至猝死可能;12.术后出现心脑血管意外、深静脉血栓形成、肺栓塞等医学上难以预料的意外,严重者至猝死可能;13.其它药物毒副作用,目前无法预计的风险和并发症;14.术后需转ICU监护治疗;具体费用无法估计,以实际出院结算为准。15.其他不可预知情况

我已仔细阅读以上内容,对医师护士的告知表示完全理解,经慎重考虑,我决定 同意 做此手术, 不 做术中快速冰冻切片。

我明白在本次手术中,在不可预见的情况下,可能需要其他附加操作或变更手术方案,我授权医师在遇有紧急情况时,为保障我的生命安全实施必要的救治措施,并保证承担全部所需费用。

我知道在本次手术开始之前,我可以随时签署《拒绝医疗同意书》,以取消本手术同意书的决定。

患者/法定监护人/委托代理人,

签名: [REDACTED]

医师签名: [REDACTED]

2020年5月3日 时 分

2020年5月3日 10时33分

充分了解病情、手术方式、风险及并发症,自愿转上级医院治疗。
(要求请教授),在攀枝花市中心医院手术治疗,愿意承担手术风险。

