

武汉大学中南医院

骨外科知情同意书

患者姓名: 性别: 女 年龄: 36 岁 住院号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 左小腿胫前疼痛待查: 血管球瘤?, 需要在 腰硬联合 麻醉下进行 左小腿胫前软组织探查、病灶清除、(局部皮瓣转位术) 手术。

手术潜在风险和对策:

我理解任何手术麻醉都存在风险。我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。我理解此手术可能发生的风险:

术中可能发生的风险和医生的对策:

- 1、可能发生麻醉意外危及生命;
- 2、手术中可能会根据病情变化按医疗原则再确定或变更手术方式; 术中若发现病灶, 则切除后送病检, 可能根据病检结果决定下一步治疗;
- 3、因患者病情 (危重、复杂、全身条件差)、个体差异, 手术中、手术后可能发生隐性疾患突发, 多器官功能衰竭 (如心功能衰竭、呼吸衰竭、肝功能衰竭、肾功能衰竭、DIC 等) 或者难以预料的病情变化, 可危及生命;
- 4、可能发生创伤性休克而危及生命;
- 5、手术中因解剖变异、严重粘连, 为了达到治疗目的, 可能无法避免的损伤周围及附近组织器官、血管、神经等, 需对相应的器官进行修补或重建;
- 6、手术后可能发生再出血, 局部、全身感染, 以及其它难以预料的病情变化, 可能危及生命, 必要时需再次手术;
- 7、四肢手术, 因解剖部位神经分布复杂, 术中可能损伤周围神经, 引起肢体功能障碍;
- 8、术后病理检查证实为其他性质肿瘤而需相应处理;
- 9、术后病灶残留、复发; 症状不能得到改善;
- 10、术中病灶清除后, 可能造成局部皮肤软组织缺损, 则需皮瓣转位治疗, 术后皮瓣可能发生坏死, 需二期手术治疗;
- 11、术后皮瓣外观与正常的区域存在差异, 如可能留有色素沉着、疤痕、功能不佳等;
- 11、术中根据伤口情况须清除坏死组织, 致左小腿外观、功能差;

- 12、本次手术根据伤口情况可能无法一期缝合，需从大腿处取皮行植皮手术；
13、其它可能发生的无法预料或者不能防范的并发症等；

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。

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。

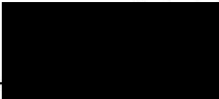
特殊风险或主要高危因素

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我关于此次手术的相关问题。
- 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 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。

要求手术

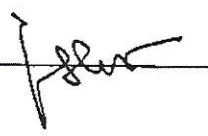
患者签名  签名日期 2016 年 4 月 26 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____
签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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  签名日期 2016 年 4 月 26 日