

首都医科大学附属北京友谊医院

手术说明知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您的病情，您有此手术的适应症，建议您采取手术治疗，特向您详细介绍和说明：病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险（包括术中或术后可能出现的并发症等）和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等，以便您理解相关手术情况，帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高，发生意外事件不能完全避免，建议您术前购买手术意外保险，分担手术风险。

一般情况	患者姓名：[] 性别：男 年龄：64岁 科室：骨科2 病房或病区：[] 病案号：[] 身份证号码：[]
医师说明	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） 外伤致左肱骨近端骨折活动受限5小时。 【过敏史】否认 【术前诊断】左肱骨近端病理性骨折、多发骨髓瘤、房颤 【替代医疗方案】（目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍） 保守治疗 【拟行手术适应症】1. 诊断明确，骨折移位明显，2. 保守治疗功能恢复差。 【建议拟行手术名称】左肱骨近端病理性骨折切开复位内固定术（或+病灶刮出骨水泥填充） 【手术目的】1. 复位固定骨折，2. 早期功能锻炼，恢复患肢功能。 【手术部位】左臂 【麻醉方式及风险】见麻醉知情同意书 经治医师签名：[] 患者/患者近亲属/法定监护人/委托人签名：[] 时间：2017年02月10日 地点：骨科 【患者自身存在危险因素】病理骨折、肿瘤扩散 【拟行手术禁忌症】无 【手术风险，包括术中或术后可能出现的并发症等】 1. 麻醉意外，心脑血管意外；2. 根据术中具体情况决定具体手术方案；3. 术中软组织出血较多，或解剖变异等原因损伤血管出现大出血，甚至导致休克；4. 术中因意外损伤周围神经，导致感觉、运动功能障碍；5. 手术及创伤部位软组织缺血、坏死，导致切口延迟愈合或不愈合，甚至皮肤坏死；6. 术中复位继发骨折；7. 术中、术后有发生脏器功能衰竭，肺栓塞、脂肪栓塞综合征、应激性溃疡等并发症之可能；8. 术后切口渗血、出血，伤口继发感染，形成溃疡、窦道，不愈合，延迟愈合，疤痕挛缩，影响外观；甚至可能并发软组织缺损或创伤性骨髓炎；骨折延迟愈合；9. 术后因手术部位肌腱、神经、血管、骨骼及皮肤等组织粘连，致肢体挛缩及神经、血管受压，而引起患肢感觉、运动障碍及血运障碍，创伤、手术部位不适感；10. 创伤部位软组织并发缺血性肌挛缩或异位骨化症；11. 术后再骨折，内固定周围骨折，骨折延迟愈合，不愈合等，必要时需要二次手术治疗等；12. 术后内固定物失败（松动，感染，退出，断裂，排斥等），内固定取出，二次手术；13. 术后卧床出现坠积性肺炎、褥疮、下肢深静脉血栓、泌尿系感染等并发症；14. 术后创伤性精神障碍；15. 复位后若出现骨缺损，需要近端植骨；16. 术中应用固定材料，需要部分或全额自费；17. 金属材料，术后该部位不宜行核磁共振检查；18. 其他难以预料的情况有导致病情加重之可能。 其他：1. 根据术中具体情况决定具体手术方案，术中因意外损伤血管、神经、肌腱可能，导致感觉、运动障碍； 2. 术中复位继发骨折，术后再骨折，内固定周围骨折，骨折延迟愈合，不愈合等；术后石膏外固定。

首都医科大学附属北京友谊医院

手术说明知情同意书

3. 术后内固定物失败（松动、断裂、退出、断裂、排斥等），内固定取出，二次手术可能；
4. 创伤性关节炎，异位骨化，关节僵直，神经损伤，植骨可能。关节功能障碍。皮肤坏死，骨折延迟愈合。

【术后主要注意事项】1. 避免患侧肢体负重持重；2. 早期功能锻炼

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

【

【拒绝手术可能发生的后果】1. 慢性疼痛，2. 骨折不愈合，骨折畸形愈合，患肢功能障碍

我已向患者/患者近亲属/法定监护人/委托人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人/委托人已知并充分理解了上述信息。

经治医师签名：张 签名时间：2017年2月10日9时45分 签名地点：新
患者签名确认：_____

患者/患者近亲属/法定监护人/委托人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症（请患者本人/委托人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

（请患者/患者近亲属/法定监护人/委托人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）

完全理解

我李国亮（填写“同意”）接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。

并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人/委托人签名：_____与患者关系：父女 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码：_____

签名时间：2017年2月10日9时45分 签名地点：新

患者知情同意内容