

浙江大学医学院附属儿童医院

手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 [REDACTED] 病区 [REDACTED] 床号 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

1. 这是一份有关手术的告知书，目的是告诉您手术的相关事宜。

(1) 您有权知道手术的性质和目的、存在的风险、预期的效果和其他可能的影响。

(2) 您有权在充分知情后决定是否同意进行手术。

(3) 除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医师不能对患者施行手术。

(4) 在手术前的任何时间，您有权接受或拒绝本手术。

2. 您的主刀医师是： [REDACTED]

3. 目前诊断： [REDACTED]

手术名称： [REDACTED]

手术指征： [REDACTED]

4. 医师会用通俗易懂的语言向您解释：

(1) 手术目的与预期的效果： [REDACTED]

(2) 告知可能发生的意外、并发症或风险：

①手术中可能出现的意外和危险性：

☒ 药物过敏反应 ☒ 麻醉意外 ☐ 难以控制的大出血 ☐ 术中心跳呼吸骤停，导致死亡或无法挽回的脑死亡 ☐ 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案 ☐ 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤，将导致患者残疾或带来功能障碍 ☒ 由于手术体位、手术时间长以及其他手术特殊需求，可能引起手术切口以外的皮肤压疮 ☒ 其他：

1、术中大出血，需要抢救，严重者休克，甚至死亡；2、术中损伤颅底致脑脊液鼻漏、颅内感染，严重者危及生命；3、术中损伤眼眶及眶内组织，致眶内感染、出血、复视、视力下降、失明等；4、术中损伤牙齿、牙龈、口腔内粘膜，导致牙齿脱落，口腔内出血等；5、术中不能完全切除新生物；6、损伤眶下神经及血管；7、病情需要使用自费药物可能；8、术中发生其它情况。

②手术后可能出现的意外和并发症：

☒ 术后出血 ☒ 局部或全身感染 ☐ 切口裂开 ☒ 脏器功能损伤和/或衰竭 ☐ 水、电解质平衡紊乱 ☒ 术后气道阻塞 ☐ 呼吸、心搏骤停诱发 ☐ 原有疾病恶化 ☐ 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符 ☒ 再次手术 ☒ 术后谵妄 ☐ 其他

1、术后鼻腔粘连，嗅觉功能障碍；2、术后有可能复发，再次手术；3、病情改善不理想；4、术后面部发育受影响；5、术后牙齿生长受影响；6、术后上颌窦牙龈瘘管形成；7、术后出血再次手术止血；8、术后面部肿胀及疼痛；9、术后上唇、面颊及牙龈麻木感和上列牙齿酸痛；10、术后骨髓炎、骨髓炎、面颊蜂窝织炎等感染可能；11、术后需要鼻腔填塞，可能需长期换药；12、术后根据病理检查结果，可能需要进一步治疗；13、其他意外情况。

③特殊风险或主要高危因素：

(3) 针对上述情况医师将采取的防范措施：

基于上述可能发生的风险，我们将根据医疗规范，采取下列防范措施来最大限度地保护患者的安全，使治疗过程顺利完成。具体措施如下。

①术前认真评估患者，选择合适的手术方案，完善术前检查和围手术期处理，并根据基础疾病进行对症治疗。

②术中仔细、规范操作，密切监测生命体征，备齐各种急救设备，及时处理术中出现的各种情况。

浙江大学医学院附属儿童医院

手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 [REDACTED] 病区 [REDACTED] 床号 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

③术后严密监测生命体征及手术部位变化，发现问题及时处理。

④必要时请相关科室会诊协助治疗。

⑤其他相关防范措施。

5. 其他可选择的治疗方法：

☐ 内科保守治疗

☐ 其他手术方式：_____

☐ 其他

6. 医学是一门经验科学，还有许多未被认识的领域。患者的个体差异很大，疾病的变化也各不相同，相同的诊疗手段有可能出现不同的结果。因此任何手术都有可能达不到预期结果，出现并发症、损伤甚至病情恶化。任何手术都具有较高的诊疗风险，有些风险是医务人员和目前医学知识无法预见和防范的，医师也不能对手术的结果做出任何的保证。但我们将以良好的医德医术为准则，严格遵守医疗操作规范，力争将风险降到最低限度，达到手术诊疗效果。

为确保您准确理解上述内容，请您仔细阅读并及时提出有关本次手术的任何疑问。

7. 医师声明：

我已经以患者所能理解的方式告知患者目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其他治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

医师签名：[REDACTED] 签名时间：[REDACTED] 分

8. 患方意见：

我的医师已经告知我将要进行的手术方式必要性、步骤、成功率、手术及手术后可能发生的风险和并发症、不实施该手术的风险，手术或手术可能发生疼痛，及产生疼痛后的治疗措施。我经慎重考虑，已充分理解本知情同意书的各项内容，愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症，并选择本手术治疗（而非替代方案中的手术）。

我已知晓上述内容，我选择（不选择）本手术方案。（此处为请家长手抄的话）

[REDACTED]。（此处为请家长手抄的话）

患儿家长签名：[REDACTED] 与患儿关系：[REDACTED] 签名时间：[REDACTED] 分

如果患方监护人及其近亲无法签署知情同意书，请其授权的代理人在此签名。

代理人签名：_____ 与患儿关系：_____ 签名时间：_____年____月____日____时____分