

深圳市儿童医院

手术知情同意书

科室: 骨科二病区 床号: 骨二19 住院号: 448528

一、初步诊断/临床诊断: 右大腿骨化性肌炎

二、拟实施的手术方案(或可供选择的手术方案)

☒ 方案一: 右大腿病变切除、右下肢神经、血管及肌腱探查、邻近皮瓣转移、或石膏外固定术

三、手术及术后潜在风险及对策:

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, 包括轻度的恶心、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) 麻醉并发症, 麻醉意外, 严重者危及生命。(具体由麻醉医生交代签字)
 - 2) 不排除根据术中具体情况改变手术方案可能。
 - 3) 最后诊断需病理检查确定。
 - 4) 术中副损伤: 损伤右下肢周围神经、血管、肌腱等可能, 术后可能出现右下肢活动受限、肌肉萎缩、感觉异常等可能。
 - 5) 术中及术后出血, 必要时输血。
 - 6) 术中因瘤体边界不清或病变范围较大, 与周围重要神经血管及肌腱粘连, 为保护重要组织, 有少许残余可能, 术后有复发可能。
 - 7) 手术创伤可能导致术后其它部位出现骨化性肌炎可能。
 - 8) 如位置较深, 有切除部分肌腱等可能。
 - 9) 术后伤口感染、裂开、皮缘坏死、愈合延迟、长期不愈等可能。
 - 10) 术后切口周围局部肿胀、伤口出血、皮下血肿可能。
 - 11) 术后复发可能。如复发, 包块较小者可观察, 较大者或怀疑恶变等情况需要手术。
 - 12) 手术切口瘢痕愈合, 影响皮肤外观可能。
 - 13) 由于不能除外潜在出血性疾病或其它潜在性疾病、个体差异, 对麻醉、手术、缝线及药物可能出现其他少见并发症。
 - 14) 各种药物引起的副作用, 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。
 - 15) 其它少见风险和并发症。

四、患方知情选择:

1. 我已认真听取了医生对患儿诊断、手术方式、术中和术后可能发生的风险和并发症的介绍, 我也详细阅读了以上告知内容。我理解此手术可能发生上述风险以及未列出的其它少见风险, 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
2. 我同意在操作中医生可以根据病情对预定的操作方式作出调整。
3. 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
4. 我理解术后如果不遵医嘱, 可能影响手术效果。
5. 我已如实向医生告知所有病情, 如有隐瞒, 一切后果自负。
6. 我 同意 (同意/不同意) 手术。

与患儿关系: 父母

