

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

科别: [REDACTED]

床号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: [REDACTED]

床号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

术前疾病诊断: 1. 左下腹壁切口疝 2. 高血压病3级 很高危组 3. 冠心病 心功能II级 4. 慢性支气管炎并肺气肿 5. 双肺感染 6. 直肠Ca术后 7. 胆囊切除术后

拟行手术方式: 左下腹壁切口疝修补术

拟行手术日期: 2018-11-21

患者或患者家属: 当您或您的亲属因病需在我院实行手术治疗时, 依我国有关法律、法规、医疗行政管理制度, 手术医师应在术前向患者及家属详细说明病情状况、实施手术的方式、手术治疗的依据、手术进程中、手术之后可能出现的并发症和意外情况, 下列为告之内容:

一、手术中可能发生的并发症、意外及危险:

1. 麻醉意外, 术中术后出血, 心脑血管意外等。2. 操作中误伤组织、器官。3. 病灶无法切除或全部切除。4. 术中因解剖位置及关系变异更改手术方式。5. 术中突发意外, 出现心、肺、肾或其它重要器官功能衰竭, 危及患者生命。6. 各专业手术中特殊告之事项:

(1) 术中伤及腹壁神经等; (2) 术中损伤肠管等; (3) 术中根据具体情况决定手术方式; (4) 补片置入; (5) 如发现同时存在其他疝, 术中一并处理。6. 手术中可能使用自费药品。7. 手术中可能使用自费医疗物品、耗材。8. 手术医师依手术中实际情况, 向患者家属提出患者术后需住重症监护病房监护治疗的建议。

二、手术后可能发生的并发症、意外及危险:

1. 术后伤口、腹腔感染, 愈合时间过长或不愈合, 再次手术。

2. 术后伤口、腹腔出血、需再次手术探查止血。3. 由于手术创伤引发的脏器功能不全、功能衰竭(肝功能衰竭等)、甚至危及生命。4. 危重病人术后需转入重症监护病房监护治疗。

三、各专业手术后特殊告之事项:

(1) 术后疝复发, 需再次手术; (2) 术后出现补片排异反应再次手术取出补片; (3) 术后皮下气肿、血清肿, 甚至血肿等; (4) 术后肠痿、粘连性肠梗阻、腹膜炎; (5) 术后肺部感染、泌尿系感染、静脉栓塞综合征等; (6) 术后排尿困难, 伤口慢性疼痛。

医师针对患者病情, 告知了目前可行的治疗方案, 且说明了优、缺点, 经向患者充分告知, 医患达成一致, 选择上述手术方案。由于病情的关系及个体差异, 依据现有医学科学技术条件, 施行该手术可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者(患者近家属、授权委托人)交代并说明, 一旦发现所述情况, 可能加重病情并危及生命就, 医务人员将按医疗原则予以尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意, 请书表明意愿并签字。

谈话医师: [REDACTED]

日期: 2018-11-21

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患以上疾病, 在贵院治疗。经医师向我说明各种治疗方案的优、缺点后, 我选择手术治疗, 且承担上述风险, 同意医师实施上述手术方案, 同时授权委托医师根据术中病情判断和患者利益, 调整手术方案, 并收取托医师对已切除的器官、组织进行合理的处理。医师以上说明我已充分理解, 目前及以后再对上述问题提出异议。

签署意见)

患者(授权委托人)签名: [REDACTED]

患者近家属签名(注明与患者的关系): [REDACTED]

日期: [REDACTED]