

# 昆明市儿童医院手术知情同意书

患者姓名 [ ] 出生日期(8位数) [ ] 性别 男  
科 室 [ ] ID号或住院号 [ ] 床号 [ ]

临床诊断：先天性脊髓栓系综合征？

拟行的手术名称：腰骶部病变探查术

施行该手术目的：探查骶尾部病变性质,解除占位效应;缓解症状。

如不施行该手术,可能会导致：患儿步态不能改善。

根据患者的病情,需要进行上述手术。该手术是一种有效的治疗手段,一般来说,该手术过程是安全的,但由于手术具有创伤性和风险性,因此医师不能保证该手术的效果,但我们将竭尽全力为患者提供优质的服务,科学、认真、严肃、谨慎地进行此项手术。

请您认真阅读和理解这份知情同意书,有不理解的地方,可向医生咨询,直至理解,谢谢您的合作。

**该手术潜在风险:**

该手术存在发生风险的可能,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术方式根据患者的情况不同而有所不同。因个体差异及某些不可预料的因素,术中可能会发生意外和并发症,现告知如下,包括但不限于:

患儿腰骶部脊髓腔内病变,术后很可能长期神经系统功能障碍。术中脊髓、马尾神经损伤可能,术后患儿大便污染伤口导致感染可能,术后双下肢活动障碍,大小便功能障碍可能,已向患儿家属交代可能出现风险及并发症,患儿家属表示坚决要求手术,并愿意承担相关风险,具体风险如下:

1、此手术可能发生的风险、并发症和意外:

- 1) 麻醉及手术均有一定危险性;
- 2) 术中出血需输血可能;术后出血,甚至形成椎管内血肿需再手术可能;
- 3) 术后脊膜膨出可能;
- 4) 术后伤口感染、裂开,中枢神经系统感染可能;术后脑脊液漏,形成皮下积液影响伤口愈合可能;
- 5) 术后再次形成病变可能;术后原有疾病及神经功能障碍改善不明显,甚至继续加重可能;
- 6) 因疾病本身原因,随生长发育术后仍可能出现神经功能障碍,常见如:躯体运动障碍、大小便功能障碍、躯体及会阴感觉障碍、性功能障碍等;
- 7) 术中可能损伤脊神经,术后出现其它神经功能障碍可能,常见如:躯体运动障碍、大小便功能障碍、躯体及会阴感觉障碍、性功能障碍等;术后出现脑积水,或者原有脑积水加重需手术可能;先天畸形性疾病伴随有其他畸形可能;
- 8) 本次手术可能改善脊髓栓系所致的继发性损害,但不能改变脊髓发育不良已造成的功能障碍,且术后脊髓病变可能继续加重;
- 9) 其它:术中需用到人工硬膜和体外引流管

1) 2、手术麻醉存在风险。

3、任何所用药物都可能产生不良反应,包括轻度恶心、皮疹等症状,直至严重的过敏性休克,甚至危及生命。

4、对于同时患有其他疾病或脏器功能不全等情况的患者,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者脏器功能衰竭,甚至死亡。

5、如有患者术后不遵医嘱或不配合治疗,可能影响手术效果。

6、其他难以预料的,危及患者生命等意外情况。

我们对以上各项均已了解清楚,同意接受手术治疗,愿意承担因此而带来的各种风险。并同意: 1、手术中发现的情况可能与术前估计有差异,在手术操作中医师可以根据患者的病情征得法定监护人签字同意后,对预定的操作作出调整。

2、授权医师对手术操作切除的病变器官、组织或者标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

# 昆明市儿童医院手术知情同意书

可供选择的其他替代方案：保守治疗

医生陈述：

我已经告知患者家属将要进行的手术方式，此次手术可能发生的并发症和风险、可以替代的其他治疗方法，并解答了患者家属关于此次手术的相关问题。

医生签名：[REDACTED] 签名时间：2020年04月13日09时41分

患者家属意见：

我已详细阅读以上内容，对医师的告知表示完全、充分完全理解。经慎重考虑，我决定：

同意此项手术 不同意此项手术 其他

我知晓手术都有风险，手术中和手术后可能出现并发症和后遗症等，本人愿意承担上述风险，同意医生实施上述手术方案。

我明白在此手术中，遇有不可预见的情况时，可能需要变更手术方案或附加其他操作。我授权医师在遇有紧急情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施，并保证承担所需全部费用。

患者家属签名：[REDACTED] 与患者关系：父母  
时间：2020年04月13日09时41分

如果没有患者家属签字，只能由其他人员代替签字，请说明理由：

患者家属书面授权 其他情况\*

备注：\*需填写以下内容

本人见证了医务人员对杨顺 患者家属进行了上述告知。

见证人签名：

签名时间：2020年04月13日09时41分

联系方式：