



住院号:

主刀签名: 签名日期: 年 月 日 时 分





手术同意书

姓名: 科别: 骨伤科[南] 床号: 住院号:

目前诊断: 中医诊断: 1、骨折(气滞血瘀证)

西医诊断: 1、腰4椎体病理性骨折 2、右侧腰4出口根肿瘤侵犯 3、腰椎间盘突出 4、腰4转移瘤 5、右肺恶性肿瘤 6、高血压病3级(极高危) 7、2型糖尿病

拟行手术名称: 1. 选择性腰动脉造影术; 2. 必要时超选择转移瘤滋养动脉栓塞术。

疾病介绍和治疗建议: 患者腰椎转移瘤致腰椎神经根出口继发狭窄, 拟行腰动脉栓塞术以减少外科手术中出血。

手术潜在风险和对策: 1. 麻醉药品、对比剂过敏, 严重危及生命。

2. 突发心脑血管意外。

3. 术中意外出血, 严重者危及生命。

4. 感染、败血症。

5. 肝肾功能损伤, 严重者肝肾功能衰竭。

6. 导管、导丝断裂。

7. 血管过于迂曲无法到达靶血管。

8. 术后发热、疼痛。

9. 股动脉穿刺点出血、血肿。

10. 因腰动脉可能与脊髓动脉共干, 有可能造成脊髓损伤, 严重者导致截瘫。

11. 其它不可预料的意外情况。

患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名:

签名日期: 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签字

患者授权亲属签名

签名日期: 2020 年 月 日 时 分

医生陈述:

我已告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名:

签名日期: 2020 年 11 月 20 日 16 时 54 分

主刀签名:

签名日期: 2020 年 11 月 20 日 16 时 54 分





手术同意书

姓名: 科别: 骨伤科[南]

床号:

住院号:

目前诊断: 中医诊断: 1、骨折(气滞血瘀证)

西医诊断: 1、腰4椎体病理性骨折 2、右侧腰4出口根肿瘤侵犯 3、腰椎间盘突出 4、腰4转移瘤 5、右肺恶性肿瘤 6、高血压病3级(极高危) 7、2型糖尿病

拟行手术名称: 1. 选择性腰动脉造影术; 2. 必要时超选择转移瘤滋养动脉栓塞术。

疾病介绍和治疗建议: 患者腰椎转移瘤致腰椎神经根出口继发狭窄, 拟行腰动脉栓塞术以减少外科手术中出血。

手术潜在风险和对策: 1. 麻醉药品、对比剂过敏, 严重危及生命。

2. 突发心脑血管意外。

3. 术中意外出血, 严重者危及生命。

4. 感染、败血症。

5. 肝肾功能损伤, 严重者肝肾功能衰竭。

6. 导管、导丝断裂。

7. 血管过于迂曲无法到达靶血管。

8. 术后发热、疼痛。

9. 股动脉穿刺点出血、血肿。

10. 因腰动脉可能与脊髓动脉共干, 有可能造成脊髓损伤, 严重者导致截瘫。

11. 其它不可预料的意外情况。

患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名:

签名日期: 年 月 日 时 分

如果患者无法签字

患者授权亲属签字:

签名日期: 2020 年 11 月 20 日 16 时 54 分

医生陈述:

我已告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名:

签名日期: 2020 年 11 月 20 日 16 时 54 分

主刀签名:

签名日期: 2020 年 11 月 20 日 16 时 54 分

