

北京大学第一医院

手术知情同意书

科室：神经外科病房
姓名：[REDACTED]

病房：神经外科病房
性别：女

病历号：[REDACTED]
年龄：55岁

病情及诊断：颅内压增高

手术名称：腰椎穿刺术

诊疗目的及原因：明确病因，缓解症状

诊疗术中、术后可能发生的风险和预备应对方案：

- 1、麻醉药物过敏。
- 2、围手术期心、脑血管意外。
- 3、术中反复穿刺不成功，放弃手术。
- 4、术中损伤重要血管，出血、失血性休克，需输血。
- 5、术中损伤周围组织、神经、脊髓，导致术后截瘫，感觉障碍，大小便失禁，下肢疼痛、痉挛，性功能障碍。
- 6、术后伤口感染、化脓、脑脊液漏，愈合不良，术后脑膜炎、脑脓肿，术后出血，严重者需手术止血治疗。
- 7、术后伤口感染，伤口愈合不良，椎管内感染，脑脊液瘘，脑膜炎。
- 8、其它意外可能。

患者个体特殊风险和预备应对方案：

上述情况出现几率较低，但有些可能导致严重后果如致残甚至生命危险。一旦出现，医务人员将尽全力救治。

患者声明：

医生已经向我详细告知了病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等情况，我已认真阅读、聆听并完全理解上述内容。我（同意/拒绝）行手术治疗。

患者签名 [REDACTED] 签名日期 2021 年 8 月 13 日

关系人签名 [REDACTED] 代理人、近亲属等）： 年 月 日

与患者关系 联系电话 签名日期 年 月 日

医生声明

我已经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预备应对方案，可能存在的其它替代治疗方法，并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

术者签名 [REDACTED] 签名日期 2021 年 8 月 13 日