

手术知情同意书

患者姓名	性别:女	年龄:3岁	住院号:0000360989
病区:儿外科五病区		床号 0510	
术前诊断:先天性食管狭窄		麻醉方式:全身麻醉	
拟行手术:磁吻合食管狭窄疏通术			
手术潜在风险、并发症及对策:			
1. 麻醉意外, 呼吸心跳骤停, 需抢救; 2. 根据术前病情, 目前手术方案拟定为消化道内镜下食道狭窄磁吻合术+胃造瘘术, 后期行胃造瘘关闭术; 若拟行手术方案失败, 则行开胸食管狭窄切除术+食管吻合术+胃造瘘术, 后期行胃造瘘关闭术; 其它情况。 3. 术中食道损伤、出血或穿孔致严重并发症, 如休克、纵隔或胸腔感染等, 危及生命; 4. 术中术后心、肺、肾等器官功能障碍, 危及生命; 5. 发生消化道应激性溃疡, 导致失血性休克, 需输血等抢救措施, 危及生命; 6. 术后效果不理想, 再次出现食管狭窄, 需行食管扩张或再次行食管吻合术; 7. 术后肺部及泌尿系感染可能; 8. 术后切口裂开、感染, 延期愈合; 或切口疝形成; 9. 术后出现胃食管反流, 需要再次手术治疗可能; 10. 其它意外。			
医生陈述:			
我已经告知患者树立信心, 减轻顾虑及紧张情绪, 及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。 经治医师: 张明 手术医师: 张明 签名日期 2019年 2月 26日 12时 0分			
患者知情选择:			
1. 医生已告知我/亲属/监护人将要进行的手术方式及潜在风险, 我理解并同意手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。 2. 我并未得到手术百分之百成功的许诺。 3. 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。			
患者签名: ☐ 同意 ☐ 不同意 (请打“√”)			
签名日期 年 月 日 时 分			
如果患者无法签署知情同意书, 请其授权人/监护人在此签名:			
患者授权人/监护人签名: 同意 ☐ 不同意 (请打“√”) 与患者关系:			
签名日期 2019年 2月 26日 12时 17分			