


Signed Consent for Treatment Form(s) or Document(s)

 **中山大学 肿瘤防治中心**  
Sun Yat-sen University Cancer Center

### 颅脑手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 68岁 科室: 神经外科一 住院号: [REDACTED]  
区

---

**一、疾病诊断及拟实施医疗方案**

**1、疾病诊断（术前诊断）**

1. 右侧桥脑小脑角黑色素瘤术后复发 2. 糖尿病 3. 前列腺增生

**2、拟行手术名称**

右侧桥脑小脑角肿瘤显微切除术

**3、替代医疗方案**

保守治疗

**4、拟行手术的目的**

☒ 切除病灶 ☒ 明确病理诊断 ☐ 缓解颅内压 ☐ 急诊手术，挽救生命

☐ 其他:

**5、拟行手术的常见并发症及风险**

- 1) 麻醉意外。
- 2) 术中大出血、弥漫性血管内凝血，手术无法进行，休克甚至死亡。
- 3) 因病灶或患者健康的原因，终止手术。
- 4) 术中出现急性脑膨出，须终止手术或切除部分脑组织，严重时可导致死亡。
- 5) 术中根据具体情况决定是否行去骨瓣减压。
- 6) 术中必要时使用人工植入物进行止血、缝合、修补硬脑膜及颅骨等，增加手术费用，术后可能出现排斥现象致过敏反应、伤口愈合不良及感染等。
- 7) 术后可能出现意识障碍、肢体瘫痪、偏盲、偏身感觉障碍、失语、癫痫发作、精神智力障碍等。
- 8) 丘脑下部损伤，长期昏迷、消化道出血、高热、尿崩、水电解质紊乱，严重时可有生命危险。
- 9) 肿瘤不能完全切除或不能切除，术后残留、复发，需进一步放疗等治疗或再次手术治疗。
- 10) 原有症状、体征不改善，甚至反而加重，诱发原有疾病恶化。
- 11) 若颅内病变为炎症性病变，切除过程中可导致炎症颅内扩散。
- 12) 术后病理结果与术前诊断和（或）术中快速病理结果不符，以术后病理结果为准。
- 13) 术后脑脊液漏，可致感染，必要时二次手术修补。
- 14) 术后颅内血肿，大面积脑梗塞及恶性脑水肿，必要时再次开颅手术或去骨瓣减压，遗留神经功能障碍及局部颅骨缺损，影响外观。
- 15) 术后原有脑积水症状不能缓解，或新出现脑积水，须行脑室外引流及脑脊液分流术。
- 16) 颅内感染，严重者需反复腰穿或行腰穿置管引流，增加住院时间及费用。
- 17) 术后现有基础病突然加重，或术后急性或慢性心、肺、肝、肾等重要器官功能衰竭而危及生命。
- 18) 术后长期卧床及行动不便，造成褥疮、深静脉血栓、坠积性肺炎等，严重者威胁生命。
- 19) 术后因治疗需要须行腰椎穿刺术及鞘内注射抗生素，可能出现穿刺失败、穿刺针折断、感染、脊髓及神经损伤等。
- 20) 不涉及个人隐私信息的病历、病理、影像及手术病变标本、血液标本及脑脊液标本等用于科学研究。
- 21) 其他: 切口愈合不良，皮下积液，颅内感染等。其他。

**备注:** 由于医疗技术发展水平的局限和个体差异，存在医务人员难以预知的风险，故诊疗过程中实际出现的风险不限于上述说明内容。

-第 1 页-



(接上页)

## 二、医师声明

1、根据病情,患者需要接受上述医疗措施。该措施是一种诊断和/或治疗手段,一般是安全的,但也具有一定的创伤性和风险性,且医师不能保证实施该措施可达到预期的诊疗效果。一旦发生上述风险或其他意外情况,医师将从维护患者利益的角度出发积极采取应对措施。

2、医师已经尽量以患者所能了解之方式,说明该医疗措施相关的信息,特别是下列事项:

- 1) 实施该医疗措施的原因、目的、风险
- 2) 并发症及可能处理方式
- 3) 不实施拟行方案可能发生的后果及其他替代诊疗方案

医师已经给予患方充足时间,询问下列有关该医疗措施的问题,并给予答复(如患方无询问请填写“无”)

医师签名:

陈绍芝

日期:2021年8月11日

## 三、患方声明

1、医师已向我(们)说明,并且我(们)已经了解下列内容:实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、疗效及相关信息;不实施该医疗措施可能出现的后果;其他替代诊疗方案及风险;该拟行方案可能是目前最适合的选择,但其仍存在风险且无法保证能够达到预期目的。

2、医方按诊疗常规、规范操作的过程中,由于患者体质特殊或其他不可预测、避免的因素导致发生意外或并发症,造成患者病情加重,住院时间延长,住院费用增加,伤残甚至死亡等,我(们)将对此表示理解,并积极配合医方处置。

3、我(们)保证已全面、真实地向医师介绍了患者的病史,尤其是与本医疗措施有关的病史,并就患者的病情向医师提出问题和疑虑,且已获得说明。

4、紧急情况处置授权。我(们)了解除了医师说明的危险以外,拟行医疗方案还可能出现其他危险或者预想不到的情况,在此我(们)也授权医师,在遇到难以预料的紧急、危险情况时,从考虑患者利益角度出发,按照医学常规予以处置。

5、其他:

备注:经医方说明,患方应在充分理解后签署本同意书,患方如仍有不清楚事项,应向医师进一步询问及理解后签署。

基于上述自愿声明,我同意

(填“同意”或“不同意”)实施拟行的医疗方案。

患方签名:

[Redacted Signature]

与患者关系:

日期:2021年8月11日

家属签名:

[Redacted Signature]

与患者关系:

日期:2021年8月11日

见证人签名:

[Redacted Signature]

与患者关系:

日期:2021年8月11日

附注:

1、“患方签名”为必签项目,一般情况下,应由患者本人签名;在患者授权他人代为知情同意时,为代理人;患者不具有民事行为能力时,为监护人;其他情况下为患者近亲属(无近亲属为其关系人)。

2、“见证人签名”并非必签项目,可由患者近亲属、朋友、关系人等签名。