

广西医科大学附属武鸣医院
南宁市武鸣区人民医院
手术知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名：[] 性别：男 年龄：66岁 科室：泌尿外科 床位：3-22住院号：[]
医师告知	【术前诊断】 阴囊肿瘤(阴囊肿瘤性质待查) 腹股沟斜疝(腹股沟斜疝?) 低钾血症 泌尿道感染 原发免疫性血小板减少症; 白细胞减少 免疫性血小板减少(原发免疫性血小板减少症) 【拟行手术指征及禁忌症】 1. 阴囊肿瘤大，影响患者生活；×2. 肿瘤不排除恶性可能；×3. 患者及其家属有手术意愿；×无绝对手术禁忌证。 【建议拟行手术名称】： 阴囊肿瘤切除术+阴囊重建术，必要时睾丸切除术 【替代医疗方案】： 1. 替代方案： ☒ 1. 保守治疗：密切观察肿瘤变化，定期复查彩超或者CT了解肿瘤情况； ☒ 2. 放射治疗：对于敏感的头皮肿瘤，可选择放疗； ☒ 3. 化疗治疗：对于某些敏感的头皮肿瘤，化疗效果较好。 2. 替代方案风险： ☒ 1. 保守治疗：可能出现肿瘤继续增大，如肿瘤为恶性，可转移引起不良后果； ☒ 2. 放射治疗可能出现肿瘤不缩小，放射性脑病加重脑水肿； ☒ 3. 化疗治疗对肿瘤不敏感，全身反应，头发掉落，白细胞减少。 【手术目的】： 切除肿瘤，避免肿瘤进一步增大或恶变，行病理检查明确肿瘤性质 【手术部位】： 阴囊 【拟行手术日期】： 2019-10-29 【拒绝手术可能发生的后果】： 可能出现肿瘤继续增大，如肿瘤为恶性，可转移引起不良后果。 【患者自身存在高危因素】： 原发免疫性血小板减少症；白细胞减少；高龄 【高值医用耗材】术中可能使用的高值医用耗材： ☐ 自费 ☐ 部分自费 ☐ 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书） 【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】 1. 麻醉意外引起心跳、呼吸停止 ×2. 术中、术后出血，如出血量较大时可引起低血容量性休克，甚至生命危险，需输血抢救生命，并可能导致输血并发症 ×3. 术中可能损伤周围组织、邻近器官损伤：如精索、输精管、尿道损伤等等 ×4. 术后切口感染，切口脂肪液化；伤口裂开，切口愈合不良等 ×5. 术后切口疤痕增生，影响美观 ×6. 术后复发 ×7. 术后根据病理再拟定下一步治疗方案，如为恶性肿瘤则给予追加手术行扩大根治手术，术后根据情况给予放疗、化疗、内分泌治疗等综合治疗 ×8. 其它可能发生的风险及并发症：如麻醉、手术诱发其它潜在性疾病，术中、术后可能突发心脑血管意外、应激性溃疡等严重并发症 ×9. 术后出现阴囊或睾丸坏死，需进一步处理； ×10. 必要时行双侧睾丸切除，切除睾丸可能会出现性激素紊乱，性功能减退、女性化及其它意想不到的意外 ×11. 术后尿瘘、尿道狭窄 ×12. 术后静脉血栓形成-栓塞 ×13. 其他不可预知的意外 我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可

	能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。 【术后主要注意事项】：☒ 1. 保持切口干燥，防止感染发生；☒ 2. 注意术后病理结果回报。 我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者授权委托人已知并理解了上述信息。 经治医师签字：<u>Alton</u> 签名日期：2019年10月28日19时00分 术者签字：<u>WJZ</u> 签名日期：2019年10月28日20时00分
患者及授权委托人意见	我及授权委托人确认： 医师向我解释过我的病情及所接受的手术，并已就<u>全部</u>（请填写第（ ）到（ ）项）医疗风险向我进行了详细说明。我了解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况； 医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。 我已认真倾听和阅读并<u>理解</u>（填“理解”或“不理解”）以上全部内容，我做以下声明： 我<u>同意</u>（填同意）接受该手术方案并愿意承担手术风险。 并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。 患者签字（手印）：<u>[Redacted]</u> 授权委托人签字（手印）：<u>[Redacted]</u> 签字时间：2019年10月28日18时00分 我<u> </u>（填不同意）接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。 患者签字（手印）：<u> </u> 授权委托人签字（手印）：<u> </u> 签名日期：<u> </u>年<u> </u>月<u> </u>日<u> </u>时<u> </u>分
备注	如果患者或授权委托人拒绝签字，请医生在此栏中说明。