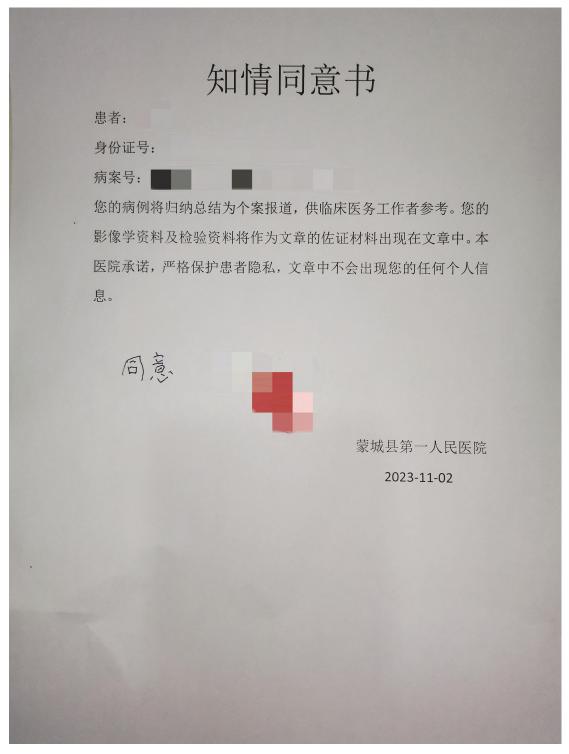
Informed consent statement: Written informed consent was obtained from the patient for the publication of this case report.

Figure:Informed consent statement



蒙城县第一人民医院

手术知情同意书

姓名 性别 年龄

科室

病区

床号 病案号

入院日期: 2023年10月15日 07时50分

术前诊断: 1、腹痛急性腹膜炎、胸壁积气、纵膈积气

拟定手术方式: 开腹探查术

拟定手术日期: 2023年10月15日

根据您的病情,您需要进行上述手术治疗。该手术具有创伤性和风险性,因此医师不能向您保证手术的效果。

因个体差异及某些不可预料的因素,术中和术后可能会发生意外和并发症,严重者甚至会导致死亡。现告知如下:

- 1. 麻醉并发症;
- 2. 术中、术后大出血,严重者可致休克,危及生命安全;
- 3. 术中因解剖位置及关系变异变更手术;
- 4. 术中可能会损伤神经、血管及邻近器官;
- 5. 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合、瘘管及瘘道形成;
- 6. 呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸;
- 7. 循环系统并发症: 心律失常、心肌梗死、心力衰竭、心跳骤停;
- 8. 尿路感染及肾衰;
- 9. 脑并发症: 脑血管意外、癫痫;
- 10. 血栓性静脉炎,以至肺栓塞,脑栓塞;
- 11. 多脏器功能衰竭, 弥散性血管内凝血 (DIC);
- 12. 水电解质平衡紊乱;
- 13. 诱发原有疾病恶化;
- 14. 再次手术;
- 15. 术中压疮可能;

其他: 阴性探查可能, 肠造瘘可能

我已详细阅读以上内容, 对医师的告知表示完全理解, 经慎重考虑, 我决定做此手术。

我明白在本次手术中,在不可预知的情况下,可能需要其他附加操作或变更手术方案,我授 权医师在遇到紧急情况时,为保障我的生命安全实施必要的救治措施。

我知道在本次手术开始之前,我可以随时拒绝手术。

患者/监护人/委托代理人签名:

日期: 23 年 10 月 15 日

医师签名:

日期: 2023年10月15日