

住院号:

般
项
目

拟行手术(操作)名称: 髂腰韧带松解+腹内收肌松解
髂胫束松解+股薄肌松解+腹二头肌松解

風
險
告
知

- 1、麻醉意外危及生命；
- 2、术中、术后大出血，危及生命；
- 3、手术损伤邻近神经、血管及脏器组织，导致脏器或肢体功能障碍、坏死；
- 4、再植机体(包括皮肤、肢体、脏器组织)不成活，全部或部分坏死；
- 5、手术切口感染、不愈合或愈合不良；
- 6、术后症状、脏器组织功能改善不明显或术后肢体外观、功能欠佳；
- 7、骨延迟愈合、畸形愈合或不愈合；
- 8、术后疾病复发；
- 9、由于手术可能诱发的其他脏器功能不全，如急性呼吸窘迫综合症等；
- 10、其他：

如果不进行手术（操作），患者可能面临的风险是：

医师签字:

日期:

年 月 日

及患者簽字

签字日期: 2022¹年 3 月 17 日

家属签字: _____ 与患者关系: _____

簽字日期：_____年____月____日

手术操作拒绝声明

经过医生详细告知，我已充分了解病情及不进行手术（操作）可能发生的后果，经认真考虑，我自主决定拒绝手术（操作）治疗，并且愿意承担因不施行手术（操作）而发生的一切后果，特此签字声明。

患者签字:

簽字日期： 年 月 日

家属签字: _____ 与患者关系: _____

簽字日期：_____年____月____日

备	注
---	---

注：1. 请在认真考虑后做出您的选择，根据您的决定在相应声明处书写“我做以上声明”字样并签字。

2. 签字者原则上应为患者本人，家属可以但并非必须同时签字。在患者本人丧失行为能力或因保护性医疗无法签字时，需由其法定代理人或委托代理人作为家属签字，病历应有《授权委托书》存档。

广西壮族自治区江滨医院
手术(操作)志愿书

住院号

一般项目	患者姓名	性别	年龄	科室	病房	床号
	目前诊断:	强直性脊柱炎 右髋关节置换术后 左髋关节置换术后				
项目	拟行手术(操作)名称: 股内收肌松解术、股外侧肌松解术、髂腰肌松解术、L5/S1 椎间盘切除术					
	鉴于患者所患疾病,需实施本项手术(操作),但本项手术(操作)是一种创伤性医疗手段,存在一定的医疗风险,特此郑重向患者或家属告知,施行本项手术(操作)的术中或术后可能发生的意外情况和并发症,包括(但不限于): 1、麻醉意外危及生命; 2、术中、术后大出血,危及生命; 3、手术损伤邻近神经、血管及脏器组织,导致脏器或肢体功能障碍、坏死; 4、再植机体(包括皮肤、肢体、脏器组织)不成活,全部或部分坏死; 5、手术切口感染、不愈合或愈合不良; 6、术后症状、脏器组织功能改善不明显或术后肢体外观、功能欠佳; 7、骨延迟愈合、畸形愈合或不愈合; 8、术后疾病复发; 9、由于手术可能诱发的其他脏器功能不全,如急性呼吸窘迫综合症等; 10、其他:					
风险告知	如果不进行手术(操作),患者可能面临的风险是: _____ 医师: _____ 期: 2022 年 4 月 10 日					

手术操作志愿申请及授权委托书声明	经过医生详细告知,我已充分了解病情及上述风险,并理解这是目前医学上难以避免的风险。经认真考虑,我自愿选择此项手术(操作)治疗,并有充分的思想准备愿意完全承担可能面临的风险。在此特申请并授权委托广西壮族自治区江滨医院为我施行此项手术(操作)。	
	患者签字: _____ 家属签字: _____ 签字日期: 2022 年 4 月 10 日 与患者关系: _____ 签字日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
手术操作拒绝声明	经过医生详细告知,我已充分了解病情及不进行手术(操作)可能发生的后果,经认真考虑,我自主决定拒绝手术(操作)治疗,并且愿意承担因不进行手术(操作)而发生的一切后果,特此签字声明。	
	患者签字: _____ 家属签字: _____ 签字日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 与患者关系: _____ 签字日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
备注		

- 注: 1. 请在认真考虑后做出您的选择,根据您的决定在相应声明处书写“我做以上声明”字样并签字。
2. 签字者原则上应为患者本人,家属可以但并非必须同时签字。在患者本人丧失行为能力或因保护性医疗无法签字时,需由其法定代理人或委托代理人作为家属签字,病历应有《授权委托书》存档。