

汕头大学医学院第一附属医院

# 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 64岁 床号: 308EJ01 科别: 神经损伤及脊髓外科 住院号: 389446-1

民族: 汉族 身份证号码: [REDACTED]

住院日期: 2014年03月12日

过敏史: 暂无发现

术前诊断: 1、脑疝 2、右额颞顶硬膜下血肿 3、高血压病 4、鼻咽癌术后

手术方式: 锥颅外引流术 手术医师: 赖润龙 李勇 卢晓闻

麻醉方式: 局麻 麻醉医师: 李勇

手术日期: 2014年03月12日, 临时更改为: 0000年00月00日。

根据您的病情, 您需要进行上述手术治疗(以下称手术)。该手术是一种有效的治疗手段, 一般来说, 手术和麻醉过程是安全的, 但由于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。但是, 我们双方必须知道: “患者或家属签署手术同意书, 并不能免去医疗机构和医务人员一旦违反医疗原则所应承担的相应责任。”

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, 包括但不限于:

- √1. 麻醉并发症(另附麻醉知情同意书);
- √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术式;
- √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、感染、裂开;
- √6. 呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
- √7. 循环系统并发症: 心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停;
- √8. 尿路感染及肾衰;
- √9. 多脏器功能衰竭, 弥漫性血管内凝血(DIC);
- √10. 水电解质平衡紊乱;
- ☐11. 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;
- √12. 再次手术;

√13. 其他: 患者术后术区或其他部位再出血或原血肿继续增大可能, 严重需再次手术; 伤口感染, 伤口不愈合; 颅内感染严重可危及生命; 术后智力低下、记忆力差、失语、偏瘫、偏盲、偏生感觉障碍; 术后癫痫需长期服药治疗; 术后颅内感染、高热尿崩等下丘脑损伤症状、继发脑积水需再次手术等。术后其他无法预知意外发生。

以上各项谈话内容由手术医生向患者或其代理详述, 取得理解和同意后, 双方共同签字确认。为了对患者负责, 如对于手术的危险有疑问请患者及时向手术医生询问, 切勿抱有侥幸心理或其他原因疏于向医生询问。患者或其他代理人应清楚地知道: 只在必要、充分了解手术风险后才签署本手术同意书。

手术医生签名: 李勇

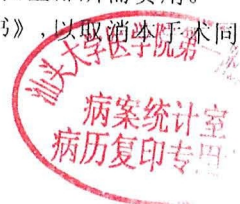
2014年03月12日

我已详细阅读以上内容, 对医师护士的告知表示完全理解, 经慎重考虑我决定同意做此手术。

我明白在本次手术中, 在不可预见的情况下, 可能需要其他附加操作或变更手术方案, 我授权医师在遇有紧急情况时, 为保障我的生命安全实施必要的救治措施, 并保证承担全部所需费用。

我知道在本次手术开始之前, 我可以随时签署《拒绝医疗同意书》, 以取消本手术同意书的决定。

患者本人签名:



汕头大学医学院第一附属医院

# 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 64岁 床号: 308EJ01 科别: 神经损伤及脊髓外科 住院号: 389446-1

代理人签 [REDACTED] 代理人与患者的关系:

2014年3月12日

说明:

1. 本同意书中的代理人包括监护人、医疗授权委托书中受委托人。
2. 按照相关规定, 应由患者本人签署同意书, 患者不具备完全民事行为能力或限制民事行为能力时, 应当由其监护人或监护人所授权人签字。患者因病无法签字时, 应当由其近亲属、关系人签字。为抢救患者, 在监护人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下, 可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的, 应当将有关情况通知患者近亲属, 由患者近亲属签署同意书, 并及时记录。
3. 不具备完全民事行为能力或限制民事行为能力人: 未成年人、不能辨认自己行为的精神病人。
4. 监护人: 未成年人的父母、无民事行为能力或者限制民事行为能力的成年精神病人的配偶、父母、成年子女、近亲属。

