

姓名

性别 男 科别 骨科二病区

床号

病案号

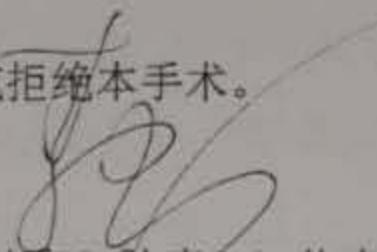
## 手术知情同意书

1 这是一份有关手术的告知书，目的是告诉您有关手术的相关事宜。

1.1 您有权知道手术的性质和目的、存在的风险、预期的效果和其他可能的影响；

1.2 你有权在充分知情后决定是否同意进行手术。

1.3 除出现危急生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行手术。

1.4 在手术前的任何时间，您有权接受或拒绝本手术。  


2. 您的主刀医生是：[李建兵副主任医师]

3. 目前诊断：[1. 左腕舟状骨病损（感染性改变？肿瘤？）伴病理性骨折 2. 脑梗病史 3. 肠息肉]

手术名称：[左手舟状骨病损切除+取髂骨植骨准备+骨折切复内固定术准备]

手术指征：[症状明显，影像学检查病损明确，拟取组织活检，患者要求手术]

4. 医生会用通俗易懂的语言给您解释

4.1  手术目的与预期的效果

4.2 告诉可能发生的意外、并发症或风险：

a. 手术中可能出现的意外和危险性：

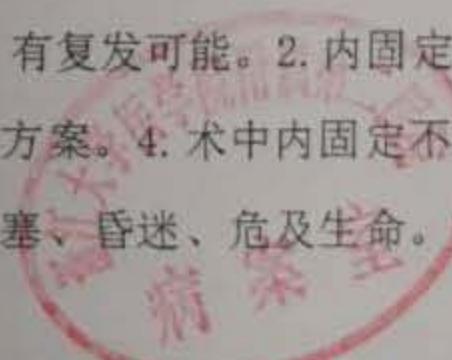
药物过敏反应  麻醉意外  难以控制的大出血

术中心跳呼吸骤停，导致死亡或无法挽回的脑死亡

情况变化导致手术进程中断或更改手术方案

不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤，将导致患者残疾或带来功能障碍

其它

1. 术中发现为感染性病变，可能需要多次手术治疗；如为肿瘤性病变，有复发可能。2. 内固定困难，需切开复位更改内固定材料可能。3. 根据术中所见及治疗需要，更改治疗方案。4. 术中内固定不够稳定，需加用人工骨或其他材料固定。5. 内固定及器械断裂、滞留。6. 脂肪栓塞、昏迷、危及生命。7. 不可避免神经、血管损伤，8. 诱发并加重原有疾病可能。  


b. 手术后可能出现的意外和并发症：

术后出血

局部或全身感染

切口裂开

脏器功能损伤和/或衰竭

U

姓名 [REDACTED] 性别 男 科别 骨科二病区 床号 [REDACTED] 病案号 [REDACTED]

水、电解质平衡紊乱  术后气道阻塞

呼吸、心跳骤停  诱发原有疾病恶化

术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符  再次手术

其它

1. 脂肪栓塞，出血。2. 骨筋膜室综合症、深静脉血栓形成致肢体坏死、全身中毒。3. 感染需拆除内固定。4. 骨折移位。5. 内固定物的不相容、松动、移位、断裂、失效等。6. 骨折延迟愈合、不愈合及骨坏死等。7. 肢体肿胀、肌萎缩、关节僵硬、疼痛、麻木等肢体功能障碍。8. 肢体不等长、畸形等。9. 创伤性骨关节炎，异位骨化。10. 二期拆除内固定困难，11. 其他可能并发症。

c. 特殊风险或主要高危因素（如需特别说明，请注明）：

4. 3 针对上述情况医生将采取的防范措施：

a. 术前认真评估病人，选择合适的手术方案，完善术前检查和围手术期处理，并根据基础疾病进行对症治疗；

b. 术中仔细、规范操作，密切监测生命体征，备齐各种急救设备，及时处理术中出现的各种情况；

c. 术后严密监测生命体征及手术部位变化，发现问题及时处理；

d. 必要时请相关科室会诊协助治疗；

e. 其它相关防范措施：

5. 其他可选择的治疗方法：

内科保守治疗

其它手术 外固定支架固定

其它

6. 医学是一门经验科学，还有许多未被认识的领域。患者的个体差异很大，疾病的变化也各不相同，相同的诊疗手段有可能出现不同的结果。因此任何手术都有可能达不到预期结果，出现并发症、损伤甚至病情恶化。任何手术都具有较高的诊疗风险，有些风险是医务人员和目前医学知识无法预见和防范的，医生也不能对手术的结果作出任何的保证。但我们将以良好的医德医术为准则，严格遵守医疗操作规范，力争将风险降到最低限度，达到手术诊疗效果。

为确保您准确理解上述内容，请您仔细阅读并及时提出有关本次手术的任何疑问。

姓名 [REDACTED] 性别 男 科别 骨科二病区

床号 [REDACTED]

病案号 [REDACTED]

7. 医师声明：

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风  
险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的  
相关问题并做出解答。

医师签名：[REDACTED]

签字时间：2018年1月5日8时 分

8. 患方意见：

我的医师已经告知我将要进行的治疗方式必要性、步骤、成功率、治疗及治疗后可能发生的风  
险和并发症、不实施该医疗措施的风险，操作中或操作后可能发生疼痛，及产生疼痛后的治疗措  
施，我经慎重考虑，已充分理解本知情同意书的各项内容，愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医  
疗意外和并发症，并选择本手术治疗(而非替代方案中的手术)。

患者签名：[REDACTED]

签字时间：年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书，请其代理人在此签名。

被授权人/代理人签名：[REDACTED]

2018  
签字时间：2018年1月5日10时40分

病情了解。  
风险已知。  
选择手术。



(9)