

## 检查、治疗（手术）志愿书

门诊、住院科室：小儿外科病区

门诊号：

住院号：

姓名		年龄	3岁5月 18天	性别	女	职别		单位	无
病情摘要	发现腹部包块六个月								
初步诊断	神经母细胞瘤								
处理建议	机器人辅助腹腔镜右侧肾上腺神经母细胞瘤切除，淋巴结清扫术，备右肾切除及中转开腹。 经治医师签名：[Signature] 主治医师签名：[Signature]								
预后及后果	手术是对所患疾病的治疗方法之一，有助于对所患疾病的治疗。但由于医学科学的特殊性和个体差异性，在手术过程中及术后恢复期有可能出现：心脑血管功能障碍，麻醉意外，多脏器功能衰竭，血管神经及肝胆管损伤、术中大出血、肿瘤局部复发、远隔转移及种植转移、不能完整切除、淋巴瘘、气体栓塞，胰瘘，胆瘘，肠瘘及尿瘘，其它并发症。								
患者本人或亲属及患者组织意见	同意选择手术治疗并对上述可能发生的后果明知。本人自愿（机器人辅助腹腔镜右侧肾上腺神经母细胞瘤切除，淋巴结清扫术，备右肾切除及中转开腹）。如果发生了上述情况，表示理解。 患者亲属：[Signature] 月 日 单位负责人：_____ 职务：_____ 电话：_____ 2018年6月19日								
科主任意见	同意。按外科部临床部审批。 科主任签名：[Signature] 2018年6月19日								
临床部意见	同意。 临床部签名：[Signature] 2018年6月19日								