

深圳市龙岗区骨科医院

手术知情同意书

姓名: 黄贵友 性别: 男 年龄: 24岁 科别: 骨科 床号: 住院号:

术前诊断: 右中环小指压伤术后创面存留。

拟手术名称: 右中环小指清创, 左足第二趾侧方分裂皮瓣修复右中环小指创面, 左小腿取皮, 左足供区植皮

拟麻醉方式: 臂丛+腰硬

可能出现的意外情况和并发症(在相关选项划"√"):

- ☒1. 麻醉意外: 偶见对麻药的异常反应, 甚至呼吸、循环抑制、心率失常, 严重的甚至呼吸、心搏骤停;
- ☒2. 臂丛麻醉损伤胸膜导致出血、气胸、呼吸功能衰竭;
- ☒3. 手术损伤血管或血管本身损伤或结扎线脱落或其他原因导致大量出血, 甚至失血性休克而导致严重后果, 危及生命;
- ☒4. 手术损伤神经造成感觉、运动功能永久性丧失; 手术可能造成其他邻近组织损伤或引起周围组织粘连、挛缩, 导致相应并发症;
- ☒5. 术中发现组织、血管、神经损伤严重无法修复, 需行截肢、截指手术, 因闭合伤口等需要须切除部分骨关节致指(肢)体短缩;
- ☒6. 内固定未能达到解剖复位或功能复位; 内固定断裂、弯曲、松动、肢体再骨折; 内固定不良反应;
- ☒7. 复位或固定过程中造成新的骨折或邻近组织损伤;
- ☒8. 骨折畸形愈合、延迟愈合、不愈合、骨外露、骨坏死, 造成功能障碍, 需再次手术修复;
- ☒9. 外固定引起血液循环障碍、压疮、关节僵硬等。
- ☒10. 内固定需再次切开取出, 内固定、异物无法取出。
- ☒11. 伤口化脓、感染、败血症、脓毒血症甚至危及生命; 切口不愈合, 出现切口裂开, 必要时需再次手术;
- ☒12. 手术可能引起主要器官功能衰竭, 如肾衰、静脉血栓致肺栓塞等;
- ☒13. 肢体血液循环障碍需再次手术探查或截肢、截指手术;
- ☒14. 神经、肌腱粘连、断裂影响肢体功能, 需再次手术;
- ☒15. 止血带引起血管、神经损伤;
- ☒16. 术后瘢痕形成、关节僵硬、强直、创伤性关节炎, 严重影响手部功能; 原有症状无改善或恶化;
- ☒17. 术后顽固性疼痛, 残端神经瘤形成;
- ☒18. 并发骨筋膜室综合症或缺血性肌挛缩导致残疾;
- ☒19. 术中发现新的病情, 或患者不能耐受手术时, 有改变术式或终止手术的需要;
- ☒20. 其他无法预知的意外和风险(如需另外说明, 患者应在说明文字上按手印确认, 如更改后的手术方案

17. 术中根据创面大小可能需要再取另一式第2趾侧方皮瓣

如果发生上述意外情况和并发症, 医生将有按有关诊治常规积极救治病人, 使病人尽快地康复。经医生告知, 已经了解上述 20 项内容情况, 同意手术并承担术中意外及术后意外并发症的风险, 交纳相关费用。

患者签名及按指印确认: 黄贵友 患者身份证号码:

日期: 2017.5.22

如果患者为未成年人、病人丧失意识或各种原因导致思维障碍, 或不能书写等, 有亲属或监护人代表签《手术知情同意书》; 如果直系亲属需要暂时对患者本人隐瞒病情, 由家属签署《手术知情同意书》。并承担有关的法律责任。如因手受伤不能书写, 可按健康指指印确认。如实“三无”人员, 意识不清, 院值班代签。

家属/监护人签名:

与患者关系:

日期: 年 月 日

单位负责人:

日期: 年 月 日

术者签名:

日期: 2017年5月22日

主管医生签名:

日期: 2017年5月22日