

北京医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

姓名	[REDACTED]	年龄	192
术前诊断	[REDACTED]		
拟行手术名称	人工括约肌置入术		
拟行麻醉方式	全麻	拟行手术日期	2019年03月08日07小时20分钟

- 本人要求实施上述治疗, 有关治疗的情况医生已向本人做了如下解释
1. 由于个人审美观点不同和医疗水平所限, 手术效果不一定能完全满足患者的要求。
 2. 患者应严格遵从医嘱 (包括口头医嘱) 治疗, 若出现异常反应, 应及时到医院就诊, 以便进一步处理。
 3. 术后手术部位也有一定的恢复期, 根据个人年龄、体质、手术部位和手术类型的不同, 恢复时间的长短存在差异。
 4. 患者如有精神异常病史、瘢痕体质、出血倾向、药物过敏史, 处于月经期、发热等不宜手术的情况, 术前应如实告诉医师, 否则医师及医院不承担相关责任。
 5. 人体的两侧并非完全相同, 因此手术也不可能使两侧完全对称或一致。

手术是一种创伤性的治疗手段, 具有一定风险。由于治疗性质、特点和个体差异等多种因素影响, 治疗过程中或治疗后可能发生意外情况和并发症。现告知如下, 包括但不限于:

1. 麻醉意外。
2. 术中根据情况改变手术方式或终止手术。
3. 术中根据需要增加切口及切口瘢痕形成。
4. 术中出血, 周围组织器官及副损伤。伤口及创面出血、血肿, 可能需要再次进行手术止血、清理血肿。
5. 术后切口感染, 延长愈合时间并影响愈合, 伤口感染可造成瘢痕增生。
6. 术后必定会留下手术切口和手术部位瘢痕, 瘢痕增生的程度与个人体质、手术部位、年龄等多种因素密切相关, 而非手术医师能够人为控制和预测。
7. 术后控尿不理想或排尿困难。
8. 术后植入物感染、移位、侵蚀。
9. 切口愈合不良、感染、裂开。
10. 皮肤、粘膜缺血坏死、感染、脱落。
11. 术后48小时内出血较多, 术后2周内可能有伤口渗血情况, 必要回院就诊, 妥善处理。
12. 术后机械故障。
13. 术后局部组织肿胀明显, 需要较长时间恢复。
14. 术后局部遗留瘢痕, 瘢痕挛缩可能影响排尿功能, 必要时需二次手术调整, 费用自理。
15. 其他意外情况。

患者知情选择

1. 我的医生已经告知我将要进行的手术方式, 此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。
2. 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
3. 我理解手术需要多位医生共同进行。
4. 我并未得到手术百分之百成功的许诺, 我同意治疗并愿意承担治疗风险及经济责任, 包括再次治疗的费用 (医疗事故除外)。
5. 我授权医师对手术切除的组织或标本进行处置、包括病理学及细胞学检查, 为保证医疗质量, 我授权医院在术前、术后和随访过程中对手术部位进行照相。

患者签名 [REDACTED]

签名日期 19-3-8

北京医院

手术知情同意书

姓名: 王成法

病历号: 563739

如果患者无法独立签署知情同意书, 请其授权亲属签名:

患者授权亲属签名

签名日期 17-3-8