

广西医科大学第一附属医院

经鼻内镜鼻窦手术知情同意书

病案号

姓名

一、病情及所需手术

医生已解释如下病情（诊断）：

1. 慢性鼻窦炎
2. 右鼻腔倒生性乳头状瘤术后复发？

结合上述病情（诊断）建议做如下手术：

经鼻内镜鼻窦手术

二、手术风险

上述手术有如下风险：

1. 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；
2. 术中窒息，可能导致缺血缺氧性脑病、肢体功能障碍、意识长期丧失。
3. 呼吸并发症：气胸、支气管肺炎、肺不张、肺感染、胸腔积液等；
4. 心脏并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停；
5. 术中、术后大出血，眶周水肿，鼻中隔水肿，严重者可致休克，危及生命；
6. 术中因解剖位置及关系变异变更术式；
7. 术中损伤神经、血管及邻近器官，如鼻中隔穿孔、硬脑膜损伤（致硬脑膜出血、脑脊液耳漏、颅内感染）；损伤软腭，可致缺损，出现术后开放性鼻音，饮食呛咳。
8. 颅内并发症：硬脑膜外脓肿、脑膜炎、脑脊液鼻漏、海绵窦血栓、脑脓肿及脑血管意外；

9. 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合，瘘管及窦道形成；并发眶内蜂窝组织炎、鼻中隔脓肿；
 10. 鼻腔通气过度或继发性萎缩性鼻炎，嗅觉减退，甚至丧失；
 11. 术后症状无明显缓解甚至加重
 12. 术后鼻腔粘连，鼻中隔穿孔血肿、脓肿，鼻梁塌陷；
 13. 术后溢泪，眶周淤血、眶内血肿，致眼球活动受限、复视、视力下降，甚至失明；
 14. 病灶切除不全，或肿瘤残体存留；
 15. 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞；
 16. 多脏器功能衰竭（包括弥漫性血管内凝血）；
 17. 诱发隐性疾病暴发恶化；
 18. 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符，病理为肿瘤性需进一步治疗。
 19. 术后复发需再次手术的可能；
 20. 因病灶或患者健康的原因，终止手术；
 21. 检查后仍有可能不能明确诊断或者排除有关情况；
 22. 其它无法预知或不能防范的并发症及意外。
- （以上内容为医师所告知患者的病情/所需手术/操作/治疗及其风险）

如您已经明白和理解医师告知的以上内容，请在下面横线上签字

我已明白和理解医师告知的全部内容

（请于横线上抄写：我已明白和理解医师告知的全部内容）

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

1. 药物治疗。
2. 局部治疗。

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

利：保守治疗可短期缓解病情、控制症状。

弊端如下：

1. 对于肿瘤患者，不能完全缓解病情，可能短期缓解病情、控制症状，长期有病情加重并恶化的可能，延误治疗，甚至危及生命。
2. 局部肿瘤有扩大发展的可能，亦诱发其他隐匿性疾病。
3. 产生细菌耐药，局部或者全身感染，严重者致颅脑并发症。
4. 良性肿瘤观察期间可增大，引起压迫等症状。
5. 药物应用过久，副作用增多。
6. 可能会导致丧失手术机会或手术风险的进一步加大或手术效果的减退。

四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关

五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容：

- 1、以上内容医师已向我（患者）进行充分解释和告知，我表示理解和接受，同时承担在现有医学科学技术条件下无法预料或者不能防范的医疗风险。
- 2、我的主管医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手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。
- 3、我同意在此次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。
- 4、我同意授权此次手术的相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 5、我了解当此次手术过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 6、我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 7、医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
- 8、我理解我的此次手术需要多位医师共同进行。
- 9、我并未得到此次手术百分之百成功的承诺。
- 10、我授权医师及院方对此次手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。
- 11、医生已解释患者预后及不进行此次手术所面临的风险。
- 12、我了解医生无法保证此次手术可以缓解患者病情。
- 13、我了解此次手术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学（影像资料将被处理，无法从中识别患者）。
- 14、我已就患者病情、此次手术及此次手术的相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述经鼻内镜鼻窦手术，请签字

同意

（患者本人/

（签字日期）

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述经鼻内镜鼻窦手术，请签字

（请于横线上抄写：拒绝）

（患者本人/代理人签名并按指模）

（签字日期）

广西医科大学第一附属医院

鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术知情同意书

一、病情及所需手术

医生已解释如下病情（诊断）：

右侧鼻腔肿物性质待查

结合上述病情（诊断）建议做如下手术：

鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术

二、手术风险

上述手术有如下风险：

1. 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；
2. 术中窒息，可能导致缺血缺氧性脑病、肢体功能障碍、意识长期丧失。
3. 呼吸并发症：气胸、支气管肺炎、肺不张、肺感染、胸腔积液等；
4. 心脏并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停；
5. 术中、术后大出血，眶周血肿，鼻中隔血肿，严重者可致休克，危及生命；
6. 术中因解剖位置及关系变异变更术式；
7. 术中损伤神经、血管及邻近器官，如鼻中隔穿孔、硬脑膜损伤（致硬脑膜出血、脑脊液耳漏、颅内感染）；损伤软腭，可致缺损，出现术后开放性鼻音，饮食呛咳。
8. 颅内并发症：硬脑膜外脓肿、脑膜炎、脑脊液鼻漏、海绵窦血栓、脑脓肿及脑血管意外；

9. 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合，瘘管及窦道形成；并发眶内蜂窝组织炎、鼻中隔脓肿；
 10. 鼻腔通气过度或继发性萎缩性鼻炎，嗅觉减退，甚至丧失；
 11. 术后症状无明显缓解甚至加重
 12. 术后鼻腔粘连，鼻中隔穿孔血肿、脓肿，鼻梁塌陷；
 13. 术后溢泪，眶周淤血、眶内血肿，致眼球活动受限、复视、视力下降，甚至失明；
 14. 病灶切除不全，或肿瘤残体存留；
 15. 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞；
 16. 多脏器功能衰竭（包括弥漫性血管内凝血）；
 17. 诱发隐匿性疾病暴发恶化；
 18. 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符；病理为肿瘤性需进一步治疗。
 19. 再次手术的可能；
 20. 因病灶或患者健康的原因，终止手术；
 21. 检查后仍有可能不能明确诊断或者排除有关情况；
 22. 其它无法预知或不能防范的并发症及意外。
- （以上内容为医师所告知患者的病情/所需手术/操作/治疗及其风险）

如您已经明白和理解医师告知的以上内容，请在下面横线上签字

我人明白和理解医师告知的全部内容

新牛新

（请于横线上抄写：我已明白和理解医师告知的全部内容）



三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案:

1. 药物治疗。
2. 局部治疗。

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险:

利: 保守治疗可短期缓解病情、控制症状。

弊端如下:

1. 对于肿瘤患者, 不能完全缓解病情, 可能短期缓解病情、控制症状, 长期有病情加重并恶化的可能, 延误治疗, 甚至危及生命。
2. 对于先行放疗, 化疗的病人, 存在身体不耐受, 加重身体消耗, 局部肿瘤有扩大发展的可能, 亦诱发其他隐匿性疾病。
3. 听力无法得到改善, 产生细菌耐药, 局部或者全身感染, 严重者致颅脑并发症。
4. 良性肿瘤观察期间可增大, 引起压迫等症状。
5. 药物应用过久, 副作用增多。
6. 可能会导致丧失手术机会或手术风险的进一步加大或手术效果的减退。

四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会:

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息, 并将依据相关法

(签字日期)

五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容:

1. 医生已向我解释鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术相关内容。
2. 我已了解鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术相关风险, 以及这些风险带来的后果。
3. 我同意授权鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
4. 我了解当鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术过程中出现针刺伤时, 可能会抽取患者血样进行特殊化验。
5. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
6. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
7. 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
8. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
9. 医生已解释患者预后及不进行该鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术所面临的风险。
10. 我了解医生无法保证该鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术可以缓解患者病情。
11. 医生已向我充分解释患者病情及该鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险。
12. 我了解术中可能留取影像资料, 资料可能被用于教学(影像资料将被处理, 无法从中识别患者)。
13. 我已就患者病情、鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术, 请签字

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述鼻内窥镜下鼻腔肿物切除术, 请签字

(请于横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/代理人签名并按指模)

(签字日期)

广西医科大学第一附属医院

经鼻内镜鼻窦手术知情同意书

一、病情及所需手术

医生已解释如下病情（诊断）：

慢性鼻窦炎

结合上述病情（诊断）建议做如下手术：

经鼻内镜鼻窦手术

二、手术风险

上述手术有如下风险：

1. 手术于全麻下进行，术中可能出现麻醉意外如药物过敏等。
2. 麻醉意外，严重者可致休克，危及生命。
3. 手术应激致或诱发心脑血管意外如心律失常、心肌梗死、心衰、心脏骤停、脑血管意外等。
4. 术中及术后大出血，致眶周淤血、眶内血肿等，严重者可致休克，危及生命。
5. 术中发现病变严重或者解剖位置变异，需改变原手术方案，或仅行姑息性手术，甚至终止手术。
6. 术中损伤周围神经、血管及器官，如鼻泪管损伤、硬脑膜损伤、嗅神经损伤等，出现相应症状，如溢泪、脑脊液瘘、嗅觉障碍等。
7. 颅内的意外风险如硬脑膜外脓肿、脑膜炎、脑脊液鼻漏、海绵窦血栓、脑脓肿等。
8. 伤口感染。
9. 鼻腔通气过度或继发性萎缩性鼻炎。
10. 术后鼻腔粘连，鼻中隔穿孔、血肿、脓肿，鼻梁塌陷。
11. 术后复发，需再次手术。
12. 手术诱发原有基础疾病，以致加重病情。
13. 术后如病理为恶性需进一步治疗。
14. 其他。

（以上内容为医师所告知患者的病情/所需手术/操作/治疗及其风险）

如您已经明白和理解医师告知的以上内容，请在下面横线上签字

我已明白和理解医生告知的全部内容

（请于横线上抄

和的全部内容）

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案:

1. 药物治疗。
2. 局部治疗。

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险:

利: 保守治疗可短期缓解病情、控制症状。

弊端如下:

1. 对于肿瘤患者, 不能完全缓解病情, 可能短期缓解病情、控制症状, 长期有病情加重并恶化的可能, 延误治疗, 甚至危及生命。
2. 对于先行放疗, 化疗的病人, 存在身体不耐受, 加重身体消耗, 局部肿瘤有扩大发展的可能, 亦诱发其他隐匿性疾病。
3. 听力无法得到改善, 产生细菌耐药, 局部或者全身感染, 严重者致颅脑并发症。
4. 良性肿瘤观察期间可增大, 引起压迫等症状。
5. 药物应用过久, 副作用增多。
6. 可能会导致丧失手术机会或手术风险的进一步加大或手术效果的减退。

四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会:

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息, 并将依据相关法律规定签署同意书

(医生签名)

(签字日期)

五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容:

1. 以上内容医师已向我(患者)进行充分解释和告知, 我表示理解和接受, 同时承担在现有医学科学技术条件下无法预料或者不能防范的医疗风险。
2. 我的主管医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手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。
3. 我同意在此次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。
4. 我同意授权此次手术的相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
5. 我了解当此次手术过程中出现针刺伤时, 可能会抽取患者血样进行特殊化验。
6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
7. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
8. 我理解我的此次手术需要多位医师共同进行。
9. 我并未得到此次手术百分之百成功的许诺。
10. 我授权医师及院方对此次手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。
11. 医生已解释患者预后及不进行此次手术所面临的风险。
12. 我了解医生无法保证此次手术可以缓解患者病情。
13. 我了解此次手术中可能留取影像资料, 资料可能被用于教学(影像资料将被处理, 无法从中识别患者)。
14. 我已就患者病情、此次手术及此次手术的相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述经鼻内镜鼻窦手术, 请签字

(请于横线上抄写: 同意)

(患者本人/患者代理人签名并)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述经鼻内镜鼻窦手术, 请签字

(请于横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/代理人签名并按指模)

(签字日期)