



手术知情同意书

姓名 性别 女 年龄 37岁 科别 口腔颌面-头颈
肿瘤外科 病区 一外 床号 31 住院病历号

术前诊断: 左颊部肿物

拟行手术名称: 左颊部肿物切除术+邻近瓣转移缺损修复术 (推荐方案)

患者因患 左颊部肿物 疾病, 需行手术治疗。本医师针对患者病情, 结合我院现有诊疗技术、水平条件, 告知了目前可行的治疗方案, 包括保守治疗方案等替代方案, 并给出上述推荐方案。已向患方充分阐述了不同方案的优缺点和实施上述推荐方案的必要性。由于病情的关系及个体差异, 在现有医学科学技术的条件下, 施行该治疗可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者(患者近亲属、代理人)交代并说明, 一旦发生所述情况, 可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命, 医务人员将按医疗原则予以尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意手术, 请书面表明意愿并签字。

其他可供选择治疗方案: 1. 保守治疗

2. 无

3. 无

手术者签名:

刘克

经治医师签名:

余自力

日期: 2019-11-04 16:00

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 左颊部肿物 疾病, 在贵院治疗。我已理解医师向我说明相关治疗方案的优缺点及不做手术的后果, 我自愿选择接受医师所推荐的手术治疗方案进行治疗。医师以上说明及本页下面举例讲解的共19条告知内容及代替方案, 我已充分理解。我知晓手术都有风险、手术中及术后可能出现并发症和后遗症等, 愿意承担上述风险, 同时授权委托经治医师根据术中病情判断和患者利益, 调整手术方案, 并授权委托经治医师对已切除的器官、组织进行合理的处理。因系本人意愿, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

(签署意见) 同意推荐方案

患者(监护人、代理人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者关系):

日期: 2019-11-04 16:30

本人系患者(代理人), (患者)因患 左颊部肿物 疾病, 需行相关治疗。经医师向我交代各种治疗方案及替代方案的优缺点后。我已充分理解以上说明及本页下面举例讲解的告知内容, 并充分理解拒绝手术的风险, 仍决定拒绝接受手术治疗并承担相应后果。因系本人意愿, 目前及以后对此不提出异议。

(签署意见)

患者(监护人、代理人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者关系):

日期:

手术不良后果及医疗风险告知内容

手术前准备、术中及术后可能出现的并发症及不良后果告知(谈话)的基本内容列举如下:

1. 手术中根据病情按医疗原则确定手术方式;
2. 因患者病情(危重、复杂、全身条件差)、个体差异, 手术中、手术后可能发生隐性疾患突发, 多器官功能衰竭(如心功能衰竭、呼吸衰竭、肝功能衰竭、肾衰竭、DIC等)或者发生难以预料的病情变化, 可危及生命;
3. 手术中可能发生大出血、失血性休克, 危及生命;
4. 手术因解剖变异、严重粘连, 为了达到治疗目的, 可能无法避免地损伤周围及附近组织器官, 需要对相应的器官进行修补或重建;
5. 手术中可能使用特殊医疗用品, 如化疗泵、吻合器械等, 手术中可能使用特殊治疗, 如射频治疗、冷冻治疗等;
6. 肿瘤患者因病情可能无法手术切除, 或切除后复发转移, 需进一步治疗;