



手术知情同意书

| | | |
|-------------------------------|----------------|-----------------|
| 科室: 骨科四病区 | 床号: [REDACTED] | 住院号: [REDACTED] |
| 患者姓名: [REDACTED] | 性别: 男 | 年龄: 67岁 |
| 术前诊断: 1. 左侧距骨骨质破坏 2. 左侧胫骨病变 | | |
| 拟行手术: 左侧距骨病灶清除+骨水泥填塞+左侧胫骨病灶清除 | | |
| 手术部位: 左小腿 | | 麻醉方式: 全麻 |

疾病介绍和治疗建议:

1、主要诊断疾病知识介绍:

2、手术治疗建议:

治疗方法很多,手术在当今仍然是当前最常采用也是最为有效的治疗方法。手术目的是病灶清除进而改善症状或延长患者生存,同时明确病理诊断,为进一步治疗提供基础。

具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同,医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容。

手术存在风险和对策告知:

医师告知我左侧距骨病灶清除+骨水泥填塞+左侧胫骨病灶清除手术可能发生的一些风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术方式根据病人的具体情况会有所不同,医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

- 1、我理解任何手术、麻醉或其他侵入性操作都存在风险。
- 2、我理解使用任何药物都可能产生副作用,包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克,严重时甚至危及生命。
- 3、我理解此手术有可能发生以下风险:
 1. 麻醉意外,心脑血管意外,危及生命,病情危重必要时转ICU
 2. 术中损伤邻近组织、血管、神经、肌腱等、造成功能障碍。
 3. 术中术后大出血,危及生命。
 4. 术中视具体情况决定手术方式。
 5. 术中需行快速病检进行初步诊断,决定手术方式,但快速病检结果可能不确切,病变性质需待石蜡切片结果才能确定,甚至石蜡切片结果也不能确诊。

患者(家属)签名: [REDACTED]

1

医师签名: [REDACTED]



6. 不能完全排除病变为恶性可能, 如为恶性可能需行化疗、二期手术等进一步治疗。
7. 病变刮除后骨骼强度下降, 需长期卧床, 需佩戴支具保护, 发生褥疮。
8. 术后制动致关节功能障碍, 需长期功能锻炼改善关节功能, 功能锻炼后仍可能关节功能欠佳, 遗留关节疼痛。
9. 术中术后发生病理性骨折, 需行内固定或外固定手术, 骨折延迟愈合或不愈合
10. 骨水泥反应, 过敏。
11. 术后感染, 伤口感染, 骨髓炎。
12. 术后发生脂肪栓塞、深静脉血栓, 导致功能障碍, 危及生命。
13. 术后发生骨筋膜室综合征, 可造成严重肢体功能障碍。
14. 术后引流管放置时间长, 引流管口渗液, 引流管断裂、残留。
15. 术后发生异位骨化。
16. 术后肿瘤复发, 肿瘤恶变, 肿瘤转移。

4、我理解上述任何风险一旦发生, 可能需要二次、多次手术, 病情严重时可能需要入重症监护室 (ICU) 监护治疗, 同时可能会增加住院时间及费用。

5、我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓、免疫病等全身性疾病或慢性病, 或者有吸烟史、饮酒史、既往重大外伤或手术史、既往放疗化疗或靶向治疗史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

6、我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

7、我理解在危急情况下, 医师可能需要根据我的病情对预定的手术方式做出调整或终止手术。

8、我理解某些治疗用药、辅助用药或器械器材为医保范围之外, 需自费负担。

特殊风险告知

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

如不进行手术, 可能面临的风险告知:

患者 (家属) 签名:



医师签名:



患者知情选择:

- 我的医师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、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- 我已听懂、理解手术的必要性和上述所列的风险和并发症的含义,已明白其中有一些是难以预知和/或无法避免的。
- 我同意在手术中医师可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医师甚至多学科医师共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 经慎重考虑,我明确表示同意接受并授权中南大学湘雅二医院为我实施本次手术。
- 我授权医师对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、医学相关研究和医疗废物处理等。

患者签名:



签名日期: 2017年5月2日14时30分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权委托的亲属签名:

患者授权亲属签名:

与患者关系:

签名日期: 年 月 日 时 分

患者拒绝手术声明:

经过医师详细告知,我已经充分了解病情及不进行手术可能发生的后果,经认真考虑,我自主决定拒绝手术治疗,并且愿意承担因不施行手术而发生的一切后果,特此签字声明。

患者签名:

签名日期: 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权委托的亲属签名:

患者授权亲属签名:

与患者关系:

签名日期: 年 月 日 时 分

医师陈述:

我已经告知患者及家属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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者及家属关于此次手术的相关问题。同时已经告知患者及家属我们将以科学、严谨、负责的态度对患者进行相应治疗,若出现相关法律、法规认定的医疗差错事件,医院将承担相应责任。

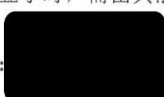
医师签名:

签名日期: 2017年5月2日 14时30分

注: 1、请在认真考虑后做出您的选择,根据您的决定在相应声明处书写“我做以上声明”字样并签字;

2、签字者原则上应为患者本人,家属可以但并非必须同时签字。在患者本人丧失行为能力或因保护性医疗无法签字时,需由其法定代理人或委托代理人作为家属签字。

患者(家属)签名:



医师签名:

