

膝关节表面置换手术知情同意书

姓名: []

第 1 页

住院号 []

患者姓名 []

性别:男

年龄:52岁

病案号: []

疾病介绍和治疗建议:

患者因患有双膝关节置换术后,左膝关节置换术后肿胀原因待查,建议在椎管麻醉下进行左膝关节镜检查手术。

手术目的:明确诊断,改善膝关节症状,提高生活质量。

预期效果:不同程度缓解疼痛,改善或维持关节功能。

手术潜在风险:

患者在围手术期可能发生如下风险,有些不常见风险可能没有在此列出;具体的手术术式根据不同患者的情况有所不同。患者可与医生讨论有关其病情和手术的相关问题,如果患者有其他疑问,也可以与医生讨论。1.任何手术和麻醉都存在风险。

2.任何所用药物都可能产生副作用,包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克,甚至危及生命。

3.本次手术可能发生的风险:

1)麻醉并发症,严重者可致休克,危及生命,详细参见麻醉知情同意书;

2)术中、术后出血风险,贫血,伤口渗血、血肿,严重者可致休克,危及生命;必要时需输血治疗,存在输血相关风险(详见输血知情同意单);

3)术中因病情或解剖变异变更术式,医生会尽可能征求患者或家属的意见,但由于各种原因,也可能直接根据术中情况在未征得患者或家属意见的情况下直接选择医生认为对患者有利的术式;征求意见视情况可能采取口头或书面方式,如采用书面方式,需要委托人或近亲属配合填写术中告知内容(见后);

4)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;

5)各种栓塞,包括但不限于肺栓塞、脑栓塞、脂肪栓塞等。严重者可致昏迷及呼吸衰竭,危及生命;

6)呼吸并发症:肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;

7)心脏并发症:心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停;

8)尿路感染及肾衰;9)脑并发症:脑血管意外、癫痫;

10)精神并发症:手术后精神病及特别的其他精神问题:嗜睡、昏迷、谵妄躁动等;

11)血栓性疾病:血栓性静脉炎、深静脉血栓(发生率约为20%-40%)、肺栓塞(发生率0.3%-1%左右)等,严重者可危及生命,术后常规进行抗凝治疗至术后5周,患者可出现伤口肿胀、伤口周围片状皮下淤血、肢体肿胀皮下淤血或口龈出血等可能。12)多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血);13)水电解质平衡紊乱;14)诱发原有疾病或内科合并症加重、恶化;

15)术中损伤关节周围大血管,造成术中失血,导致失血性休克,严重者可导致死亡;术中损伤神经,造成肢体运动和感觉障碍;术中损伤周围肌肉,造成术后局部运动和功能障碍;

16)术中关节周围骨折可能,较大骨折需要内固定;小范围、稳定骨折不影响预后及功能,术中仔细操作尽量避免发生;

17)术后关节周围骨折,假体脱位可能,术后关节磨损、松动、断裂可能,需要再次或多次手术,更换假体;人工膝关节假体存在使用寿命,基本可达到10年95%-97%、15年90%-95%左右的正常使用率,术后需要避免跑、跳等动作,需减少对假体的高能冲击;

18)术后关节切口感染、深部感染(发生率约为0.5%-1%),根据情况需要再次手术清创,必要时取出关节假体,二期手术植入假体;一旦发生感染,治疗难度大、疗程长、治疗花费高,且膝关节功能难以完全恢复或保留,特此告知;同时,患者在接受膝关节置换术后至少两年内,应注意控制全身范围内的感染病灶(如进行拔牙等操作,需提前使用抗生素治疗);

19)上述并发症均可能导致患者发生肢体功能障碍、严重伤残甚至死亡后果;

20)如需要进行病理检查,术后病理检查结果可能与术中快速病理检查结果不同;

21)因原发病、合并症或患者健康的原因,终止手术。

4.如果患者患有高血压、高血脂、肥胖、心脏病、糖尿病、重要脏器功能不全、静脉血栓等疾病或者有

膝关节表面置换手术知情同意书

第 2 页

住院号

姓名:

吸烟、嗜酒、药物滥用史,以上这些风险可能会加大,或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。

5. 膝关节表面置换术后,患者必须按照康复要求积极进行关节功能锻炼,如果术后康复锻炼不积极、方法不当,会在很大程度上影响手术效果。可能需行术后麻醉下手法推拿,或再次行关节切开粘连松解术。

6. 术后患者需要一段时间(多数为6-12个月)同人工膝关节假体进行磨合与适应,部分病人可能残存或出现术后髌前疼痛、弹响、区域皮肤麻木或膝关节随体位变化的肿胀,目前医疗技术尚无法全部、彻底解决,需要长期对症治疗。

7. 受医学科技所限,人工关节假体难以达到人体正常关节的全部功能。

特殊风险或主要高危因素:

根据患者个人病情,针对本次手术,其可能出现以下特殊并发症或风险:

无

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对,但不能保证取得期望效果。

其他的治疗方案: 1. 保守治疗并严密随诊

根据我们对您病情的分析,建议您采用我们向您推荐的治疗方案。

手术医师: 经治医师: 签名日期: 2015年1月28日

患者知情选择:

我的医生已经针对我的疾病就可以采取的替代医疗方案及风险向我进行了详细告知,我也就我想了解的信息向医生进行了充分咨询并得到满意答复。

我的医生已告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险,并解答了我关于此次操作的相关问题。

▲我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

▲我理解我的操作需要多位医生共同进行。

▲我并未得到操作百分之百成功的许诺。

▲我授权医师对操作切除的病变器官、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。

▲我对可能存在的各种治疗方法的优缺点及手术治疗中和术后可能发生的并发症及其严重性已充分了解,愿意选择应用手术方法治疗目前疾患。

在手术当中,医生需要向我进行知情告知时,如果我本人因麻醉等原因不能向我征求意见时,应当征求 (系我的) 的意见。

我在充分了解病情及相关治疗方案,并在仔细阅读本同意书内容、充分了解相关信息后方签署我的最终意见。

我的特别要求:

患者或其授权人签名

患者: 参与谈话家属: 签名日期: 2015年1月28日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权人(另附授权委托书)在下方签名:

患者授权人: 与患者关系: 签名日期: 年 月 日