

Informed Consent Form

The Following is the patient's informed consent.

山西医科大学第一医院

手术同意书

姓名  住院号 

性别:女 年龄:35岁 科室:妇科 床号:18

目前诊断: 1. 宫腔占位 2. 贫血(中度) 3. 剖宫产术史

拟施手术: 葡萄胎清宫术

拟麻醉方式: 无麻醉

术中或术后可能发生的情况:


1. 宫腔残留, 再次刮宫可能。
2. 术中出现子宫穿孔, 中转开腹, 必要时切除子宫。
3. 术中大出血, 贫血进一步加重, 必要时输血、介入治疗, 甚至开腹行子宫切除术。
4. 术后宫颈管、宫腔粘连, 必要时二次手术处理。
5. 根据病检决定下一步治疗。
6. 术后月经不调、不孕、闭经。
7. 术后监测HCG, 必要时补充治疗。
8. 术后感染。
9. 吸宫不全, 二次清宫可能。
10. 其他

其他不可预见的情况:

上述诸项我已明白, 各项手术可能发生的情况、风险、并发症, 以及不可预见的情况均能理解, 我同意手术且愿意同时承担手术所带来的种种危险, 并承担由此发生的合理费用。

患者或法定代理人 and 法定委托人签名

代理人和委托人与患者的关系:

 2018年10月17日15时47分

主管医师签名 丁尧尧