

病案存档证明

NO: 2020-46

我院 C1 科(室) 杨晓峰 医师(护士) 的论文、课题

Myxofibrosarcoma of the scalp with difficulty in preoperative diagnosis: A case report and review

所用病案资料的起止时间: 2018 年 6 月 日至 2020 年 2 月 日, ^{of the} _{literature}

共 1 份。该病案资料确系我室存档, 特此证明。

福建医科大学附属第二医院病案统计室

2020 年 4 月 17 日

手术同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

【术前诊断】

左顶部占位待查；左顶部头皮神经鞘瘤切除术后；神经纤维瘤病；

【替代医疗方案】（不同的治疗方案及手术方式介绍）

根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式：

1. 保守治疗 继续观察； 2. 手术治疗； 3. 其它

方案选择：

肿瘤切除+必要时钛网成形

【拟行手术名称】

医
师
告
知

【拒绝手术可能发生的后果】：肿物继续增大，影响外观，疼痛加剧，恶性变及转移等

【患者自身存在高危因素】：神经纤维瘤病；潜在器官功能不全及其它

【高值医用耗材】术中可能使用的高值医用耗材：

☐ 自费 ☐ 部分自费 ☐ 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）

【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】

1. 麻醉意外，心跳、呼吸骤停而迅速死亡等；
2. 术中大出血、失血性休克、死亡等；
3. 术中拟切除受肿瘤组织侵犯之颅骨，进而造成颅骨缺损，术前依具体情况决定是否行一期或二期颅骨修补；
4. 术中见肿瘤组织浸润至硬脑膜，必要时行硬脑膜切除、人工硬脑膜修补治疗，术后可能出现脑脊液漏，必要时需再次、多次手术治疗；术中见肿瘤组织浸润范围甚广、无法完全切除等；
5. 术中依据具体情况决定具体手术方式；
6. 术后颅内感染、切口感染、皮下积液，重者因感染性休克而迅速死亡，必要时需再次甚至多次手术治疗；
7. 术后局部头皮皮瓣坏死、裸露，必要时需行二次手术转移、修补皮瓣治疗；
8. 术后局部巨大疤痕形成；
9. 术后依据肿瘤病理确定是否行进一步治疗（放疗、化疗）等；
10. 术后肿瘤残留、复发、转移，必要时需再次、多次手术治疗，严重者于短期内死亡等；
11. 术后出现肢体瘫痪、失语、精神症状、癫痫、痴呆、下丘脑功能紊乱、垂体功能低下、视力视野眼球活动障碍、共济失调、昏迷、甚至植物生存等；
12. 术中、术后出现DIC、ARDS，术后出现心肺肝肾等重要器官并发症及其他一切意料不及；
13. 其它：

| | |
|------------|--|
| | <p>我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。</p> <p>我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。 经治医师签字：李亚松 签字时间：2018年06月05日16时52分 签字地点：办公室 术者签字： 签字时间： 签字地点：</p> |
| 患者及委托代理人意见 | <p>我及委托代理人确认： 医师向我解释过我的病情及所接受的手术，并已就 1~13 (请填第()到()项) 医疗风险向我进行了详细说明。我了解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。</p> <p>(请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样) 我 (填同意) 接受该手术方案并愿意承担手术风险。 并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。 患者签字： 委托代理人签字： 签字时间：2018年6月5日 签字地点：办公室</p> <p>我 (填不同意) 接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。 患者签字： 委托代理人签字： 签字时间： 年 月 日 时 分 签字地点：</p> |
| 备注 | <p>如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。</p> |

注：1、术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应重新履行告知并签署知情同意书。