安徽医科大学第二附属医院

手术知情同意书

患者姓名 [redacted] 性别 男 年龄 36岁 身份证号

病 室 神经外科 床号 加12 住院日期 2014-11-21 16:17 住院号 [redacted]

病情摘要 头晕2年余，晕厥伴右上肢麻木20余日

过敏史

术前诊断 右额叶占位性病变

拟定手术方式 右额颞开颅右额叶肿瘤切除术 拟定手术日期 2014-11-26

拟定手术医师 拟定麻醉方式 全麻

临时更改手术日期为

根据您的病情，您需要进行上述手术治疗（以下称手术）。该手术是一种有效的治疗手段，一般来说，手术和麻醉过程是安全的，但由于该手术具有创伤性和风险性，因此医师不能向您保证手术的效果。

因个体差异及某些不可预料的因素，术中和术后可能会发生意外和并发症，严重者甚至会导致死亡。现告知如下，包括但不限于：

√1、麻醉并发症（另附麻醉知情同意书）；

√2、术中、术后大出血，严重者可致休克，危及生命安全；

√3、术中因解剖位置及关系变异变更手术；

√4、术中可能会损伤神经、血管及邻近器官；

√5、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；

√6、脑肿、脑水肿：严重者可导致昏迷及呼吸衰竭，危及生命安全；

√7、呼吸系统并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等；

√8、循环系统并发症：心律失常、心跳骤停、心力衰竭、心跳骤停；

√9、尿路感染及肾衰；

√10、脑并发症：脑血管意外、癫痫；

√11、精神并发症：手术后精神病及其他精神障碍；

√12、血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞；

√13、多脏器功能衰竭，弥散性血管凝血（DIC）

√14、水电解质平衡紊乱；

√15、诱发原有疾病恶化；

√16、术后病理报告与术中快速病理检查结果不符；

√17、再次手术；

√18、其他；

术手术提请患者及亲属注意的其他事项：

患者病变位于右额颞叶，体积巨大，边界不清，目前通过诊断不明，初步考虑恶性肿瘤，手术目的是明确病理，尽可能切除病变，但手术存在不可避免的风险及并发症，有一定的死亡率及致残率。1，麻醉意外；2，术中创裂血管，致术中大出血；3，手术无法生物学全切，术后肿瘤复发；4，手术本身不能改善现存症状，如头晕，麻木等；5，术后迟发性出血，或远隔部位出血，可能须二次手术，严重者危及生命；6，术后长期昏迷，植物生存，多器官功能衰竭，死亡；7，术后继发脑梗塞，可致患者昏迷，偏瘫，严重者可致死亡；8，术后脑脊液漏，切口不愈，颅内感染；9，术后偏瘫，失语，癫痫发作，精神异常；10，术中根据实际情况，如恶性黑色素瘤等，可能临时中止手术或改变手术方式；11，术后术区静注压突感出血；12，患者术后可能因手术耐受力差，致术后恢复缓慢，延迟愈合；13，术中根据实际情况可能使用非医保人工植入物，如人工硬膜，颅骨连接片等；14，术中根据肿瘤性质，可能去骨瓣致术后颅骨修补；15，其它不可预知的意外及并发症，如心脏血管意外，深静脉血栓，肺栓塞等。

人体生理功能极其复杂，目前医学对神经系统的认识还非常不充分，且患者病变位于颅内关键部位，手术难度大，风险高，术后可能出现极其严重的并发症，甚至可以导致患者死亡，长期昏迷，重度残疾，虽然手术可能给病人带来的创伤及后遗症属于正常医疗现象，医师仅提供医疗方案及建议，患者及其委托人有权拒绝手术，如患者及其委托人经慎重考虑，了解并同意承担上述风险，坚决要求手术，需签字为证。

我已详细阅读以上 内容，对医师、护士的告知表示完全理解，经慎重考虑，我决定 做此手术， 做术中快速冰冻切片。

我明白在本次手术中，在不可预见的情况下，可能需要其他附加操作或变更手术方案，我授权医师在遇到紧急情况时，为保障我的生命安全实施必要的救治措施，并保证承担全部所需费用。

我知道在本次手术开始之前，我可以随时签署《拒绝医疗同意书》，取消本手术同意书的决定。

患者或委托人签名：（需附有效证件复印件、授权文件）

知情同意手术

日期 2014-11-25 15:01:29

扫描全能王 创建