

中国人民解放军总医院
检查、治疗（手术）志愿书

门诊、住院科室： 小儿外科病区 门诊号： 住院号：

姓名		年龄	3岁4月19天	性别	女	职业		单位	
病情摘要	发现双下肢跛行2年								
初步诊断	发育性双髋关节脱位								
处理建议	左侧髋关节切开复位、Dega骨盆截骨、股骨钢板螺钉内固定术 经治医师签名： 主治医师签名：								
预后及后果	<p>患儿此次入院家长要求行手术治疗。根据患儿病史、体征及辅助检查，保守治疗效果欠佳。单纯的行骨盆截骨、髋关节切开复位或股骨截骨无法解决患儿问题，需要联合应用。目前常用骨盆截骨术式有Salter骨盆截骨、Pemberton髋臼成形、Dega截骨、Steel三处截骨、Ganz髋臼周围截骨、Chiari截骨等方式。</p> <p>已告知患儿家长左侧髋关节切开复位、Dega骨盆截骨、股骨钢板螺钉内固定术手术是对所患疾病的治疗方法之一，有助于对所患疾病的治疗。但由于医学科学的特殊性和个体差异性，在手术过程中及术后恢复期有可能出现：感染，血管神经损伤，股骨头坏死，截骨端不愈合或延迟愈合，内固定断裂松动，髋关节脱位加重，石膏压疮，关节僵硬，肌肉萎缩，骨化性肌炎，贫血，失血性休克，术后双下肢不等长，手术肢体过度生长，其他不可预知的恶化，术中临时改变手术方案，上述原因导致手术失败或二次手术，全麻并发症甚至生命危险等情况。择期行右侧手术。</p>								
患者本人或亲属及患者组织意见	<p>同意选择左侧髋关节切开复位、骨盆截骨、股骨钢板螺钉内固定术手术治疗并对上述可能发生的后果明知。<input type="checkbox"/>本人自愿<input checked="" type="checkbox"/>同意对{患儿}进行手术治疗。如果发生了上述情况，表示理解。</p> <p>患者 亲属： 关系： 电话： 年 月 日</p> <p>单位负责人： 职务： 电话： 年 月 日</p>								
科主任意见	科主任签名： 年 月 日								
临床部意见	临床部签名： 年 月 日								