

青海大学附属医院
手术知情同意书

| | | | |
|-------|------|--------|------|
| 患者姓名: | 性别:女 | 年龄:48岁 | 病历号: |
|-------|------|--------|------|

疾病介绍和治疗建议
医生已告知我患有 热烧伤6%（III°）特殊部位：颜面部、左上肢，需要在 全 麻醉下进行左侧颞部颅骨钻孔术。
手术目的：改善局部血运，促进肉芽生长，以择期行植皮手术。

- 预期效果：
- ①疾病诊断进一步明确
 - ②疾病进展获得部分控制
 - ③症状部分缓解

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

- 1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
- 2. 我理解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. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策：
 - 1) 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；
 - 2) 术中、术后大出血，严重者可致休克，危及生命；
 - 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式；
 - 4) 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合，瘻管及窦道形成；
 - 5) 脂肪栓塞：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) 心脏病发作：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；
 - 11) 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞；
 - 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；

青海大学附属医院

手术知情同意书

- 14) 诱发原有疾病恶化;
 - 15) 术后供皮区及受皮区瘢痕,影响美观及功能。
 - 16) 创面在颜面部,不宜固定,骨质外露,皮片不成活,再次手术;
 - 17) 因病灶或患者健康的原因,终止手术;
 - 18) 病灶切除不全,创面存留;
 - 19) 术中损伤神经、血管及邻近器官。
4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者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. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱,可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情,我可能出现以下特殊并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

我的医生已经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、可能存在的其它治疗方法并且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。

患者签名 _____ 签名日期 2018年12月4日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 2018年12月4日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 _____ 签名日期 2018年12月4日

负压吸引为自费,病人及家属表示理解并同意。