

手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(1)页

病案号: [REDACTED]

患者姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: [REDACTED] 科室: [REDACTED]

目前诊断: 微囊性附属器癌(左上唇), 甲状腺术后, 慢性淋巴细胞性甲状腺炎

拟行手术(操作)名称: 左上唇肿物扩大切除, 局部皮瓣转移修复术

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

1. 麻醉意外;
2. 围术期心脑血管意外风险;
3. 术中可能对邻近组织或器官的副损伤, 如损伤重要血管、神经、肌肉等;
4. 拟行左上唇肿物扩大切除, 局部皮瓣转移修复术, 术中送检切缘及基底冰冻病理, 尽可能达到R0切除。同时应患者本人要求, 尽可能保证面部外形基本正常, 在切缘阳性情况下, 患者仍要求以保证面部形态为主, 不切除红唇。
5. 如病灶复发可能需行二次或多次手术;
6. 术后可能发生出血、血肿、积液、感染;
7. 术后可能产生局部功能障碍;
8. 术后伤口愈合欠佳, 伤口裂开, 可能需要二次手术;
9. 术后切口愈合不良, 发生感染, 需长期换药;
10. 远期术后瘢痕收缩或瘢痕增生, 导致外形不佳;
11. 如需转皮瓣, 术后可能皮瓣血运不良、部分坏死, 需长期换药甚至手术修复; 术后皮瓣色素沉着、色素脱失、挛缩影响活动、感觉减退等;
12. 术后可能影响外观, 达不到患者期望的结果;
13. 术后供区切口愈合不良, 瘢痕增生, 并导致双侧不对称, 影响美观可能;
14. 切除组织送病理检查, 根据病理结果决定进一步治疗方案;
15. 肿瘤复发、转移可能, 需进一步治疗;
16. 其他意外可能;
17. 组织样本、照片等可能存在科研需求, 在不泄露患者隐私的情况下使用。

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名:

第(2)页

病案号:

相关替代治疗方案:

不手术, 行辅助治疗。

选择相关替代治疗方案的风险:

肿瘤继续发展, 威胁生命。

医生声明:

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及所需治疗的必要性及其风险

2. 相关替代治疗方案及其风险

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

询问上述情况的相关问题及其他问题

患者本人/近亲属/代理人声明:

1. 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险/并发症以及这些风险/并发症带来的后果。

2. 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。

3. 医生已解释替代治疗方案及其风险。

4. 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。

5. 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。

6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。我确认本人具备合法资格签署本同意书。

7. 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

(请于横线上抄写: 同意)

(请于横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

(签字日期)

2020.1.15

(医师签名)

谢 / 丁

(签字日期)

2020.1.15