

娄底市中心医院

手术(或组织活检)知情同意书

姓名: 苏代胤

科别: 骨科31

床号: 045

住院号: 568036

一、术前诊断 单指完全离断(左食指, 末节)

二、拟施行手术及麻醉

需要在全麻插管麻醉下进行 断指再植术 手术。

三、实行该手术存在的风险及可能发生的意外和并发症

1. 此手术可能存在的风险、并发症和意外:

- 1) . 重要血管、神经损伤, 影响功能。手指完全离断伤, 术中探查神经血管损伤情况, 尽可能予手指回植, 需固定植骨, 肌腱, 血管, 神经。术中视骨折情况决定是否行指关节融合术。如术中发现食指血管损伤重, 不能回植, 需行残端修整。
- 2) . 术后患肢功能不同程度受限。术后局部疤痕形成, 影响外观功能。神经损伤恢复时间长, 感觉不能完全恢复。关节损伤致指功能运动差。术后需刻苦功能锻炼。
- 3) . 术后切口感染或骨感染发生骨髓炎, 甚至经久不愈。术后皮肤坏死多次手术。
- 4) . 术中及术后发生脂肪栓塞或深静脉血栓, 危及生命, 影响功能。
- 5) . 术后血管栓塞缺血坏死致再次手术行再通术或坏死手指摘除术。
- 6) 术后肌腱神经再发断裂。神经断裂吻合术后难以恢复。
- 7) . 术中术后出血, 输血可能感染肝炎等疾病。
- 8) 其他意外。术后绝对禁止主被动吸烟, 术后绝对卧床休息1周。

2. 手术麻醉存在的风险(详见《麻醉同意书》)。

3. 任何所用药物都可能产生不良反应, 包括轻度恶心、皮疹等症状, 直至严重的过敏性休克, 甚至危及生命。

4. 对于患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病, 或者有吸烟、酗酒史的患者, 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. 如患者术后不遵医嘱或不配合治疗, 可能影响手术效果。

6. 其他难以预料的, 危及患者生命等意外情况。

我们对以上各项均已了解清楚, 同意接受手术治疗, 愿意承担因此而带来的各种风险。并同意:

1. 手术中发现的情况可能与术前估计有差异, 在手术操作中医师可以根据患者的病情征得法定代理人签字同意后, 对预定的操作作出调整。

2. 授权医师对手术操作切除的病变器官、组织或者标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者或法定代理人签名: [REDACTED]

医师签名: 姚宗辉

与患者本人关系: 父子

上级医生签名: 刘建平

谈话地点: 办公室

2016年 3 月 20 日 16 时 分

2016年 3 月 20 日 15 时 58 分

娄底市中心医院

手术(或组织活检)知情同意书

姓名: 颜雨欣

科别: 骨科31

床号: 089

住院号: 569260

一、术前诊断 左拇指末节单指完全离断

二、拟施行手术及麻醉

需要在全麻插管麻醉下进行左拇指末节单指完全离断伤断指再植手术。

三、实行该手术存在的风险及可能发生的意外和并发症

1. 此手术可能存在的风险、并发症和意外:

- 1) .重要血管、神经损伤,影响功能。挤压致拇指末节完全离断伤,软组织挫损重,术中探查神经血管损伤情况,尽可能予手指回植,需固定指植骨,肌腱,血管,神经。如术中发现拇指血管损伤重,不能回植,需行残端修整或皮瓣覆盖手术。
- 2) .术后患肢功能不同程度受限。术后局部疤痕形成,影响外观功能。拇指甲床受损,生甲基质受损,指甲再生长障碍可能。神经损伤恢复时间长,感觉不能完全恢复。关节损伤致指功能运动差。术后需刻苦功能锻炼。
- 3) .术后切口感染或骨感染发生骨髓炎,甚至经久不愈。术后皮肤坏死多次手术。
- 4) .术中及术后发生脂肪栓塞或深静脉血栓,危及生命,影响功能。
- 5) .术后血管栓塞缺血坏死致再次手术行再通术或坏死手指摘除术。
- 6) 术后肌腱神经再发断裂。神经断裂吻合术后难以恢复。
- 7) .术中术后出血,输血可能感染肝炎等疾病。
- 8) 其他意外。术后绝对禁止主被动吸烟,术后绝对卧床休息1周。

2. 手术麻醉存在的风险(详见《麻醉同意书》)。

3. 任何所用药物都可能产生不良反应,包括轻度恶心、皮疹等症状,直至严重的过敏性休克,甚至危及生命。

4. 对于患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病,或者有吸烟、酗酒史的患者,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. 如患者术后不遵医嘱或不配合治疗,可能影响手术效果。

6. 其他难以预料的,危及患者生命等意外情况。

我们对以上各项均已了解清楚,同意接受手术治疗,愿意承担因此而带来的各种风险。并同意:

1. 手术中发现的情况可能与术前估计有差异,在手术操作中医师可以根据患者的病情征得法定代理人签字同意后,对预定的操作作出调整。

2. 授权医师对手术操作切除的病变器官、组织或者标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者或法定代理人签

与患者本人关系:

医师签名: 姚京辉

上级医生签名: 刘建平

谈话地点:

2016年03月26日 10时10分

2016年03月26日 10时10分