



浙江省中医院

浙江中医药大学附属第一医院

浙江中医药大学第一临床医学院

关节手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: 男 年龄: 16岁

科室: 骨伤中心

住院号: [REDACTED]

【术前诊断】1. 剥脱性骨软骨炎

【手术指征】右膝关节剥脱性骨软骨炎诊断明确, 反复疼痛, 严重影响日常生活, 有手术指征

【拟行手术名称】骨软骨损伤修复术

【拟行手术日期】2019年10月28日 【手术部位】右下肢

【术前准备】完善相关检查, 排除手术禁忌

【可能发生的风险及并发症】

1. 任何手术、麻醉都存在风险, 可能出现麻醉并发症, 严重者可能致休克, 危及生命。
2. 任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。
3. 本次手术可能发生的风险:
 - 1) 心、肺、脑血管意外, 脑出血或脑栓塞, 神志不清, 昏迷甚至死亡; 心律失常, 心肌梗死, 心力衰竭, 血压降低, 休克, 甚至死亡; 肺栓塞, 呼吸功能障碍, 呼吸衰竭甚至死亡; 大出血, 输血输液反应, 引起休克;
 - 2) 术中发生血管或神经损伤;
 - 3) 切口渗液, 切口感染; 关节感染;
 - 4) 深静脉血栓, 肺栓塞, 脂肪栓塞可引起心、脑、肺、肾功能衰竭, 严重者危及生命;
 - 5) 其他目前无法预料的风险和并发症。
4. 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史, 以上风险可能会加大, 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. 术后如果体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

6. 本例手术特殊告知事项: 无

【患者自身存在的高危因素】无

【医疗替代方案】保守治疗

经治医生签名: 童培建 手术者签名: 童培建 日期: 2019年10月27日15时00分

童培建

童培建

【患方意见】以上事项医生已详细告知, 我对医师告知的手术风险表示完全理解, 也明白并愿意承担如果

拒绝手术而可能发生的一切后果。经慎重考虑, 我决定:

1. 我 (请填: “风险已知, 选择”) 拟行手术方案, 并愿意承担手术风险, 授权并接受医师在紧急情况下更改并选择最适宜的手术方案与抢救处置。

风险已知, 选择



浙江省中医院

浙江中医药大学附属第一医院

浙江中医药大学第一临床医学院

2. _____ (请填: “风险已知, 拒绝”) 拟行手术方案, 并愿意承担因拒绝手术而发生的一切后果。

患者/法定代理人签名: _____ 与患者关系: 母子 日期: 2019 年 10 月 27 日 15 时 00 分

手术知情同意书签字

尊敬的患者及家属:

您或您的亲属因病(伤)在我院接受手术治疗, 感谢您对我们的信任。任何手术均存在较高的风险, 在您决定手术前, 由手术医师负责向您解释手术相关事项。希望您逐项仔细阅读, 不理解之处务必请在手术、麻醉实施前询问清楚。在您充分理解后, 自主决定是否选择手术治疗或按替代方案实施, 请在文书上写明意见并签字。

手术医师将严格遵守医疗规范, 认真准备, 密切观察, 仔细操作, 及时处理意外情况。一旦出现紧急情况时, 手术及麻醉医师将作出相应处理, 同时向患者家属通报病情, 请患者家属理解并配合医院紧急抢救的实施。感谢您的理解与合作!

术中谈话记录

【术中所见及补充诊断】

【建议治疗方案】

谈话医生签名:

记录日期:

【患方意见】

患者或其法定授权人意见: 医师在手术中, 已向我详细告知了术中发现的情况、及如何处理或不做处理的利弊, 本人确认, 对手术相关情况、可能出现的意外和风险表示理解, 愿意承担相关风险。经慎重考虑, 决定:

1) _____ (请填: 选择) 建议治疗方案, 授权并接受医师在紧急情况下的抢救处置。

2) _____ (请填: 拒绝) 建议治疗方案, 并愿意承担因拒绝手术而发生的一切后果。

患方签名: _____ 与患者关系: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分