

## Informed consent for patient

寿光市中医医院

### 右外踝肿物切除术知情同意书

患者姓名 [ ] 性别 女 年龄 64 岁 病历号 [ ]

#### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有右外踝肿物，需要在腰硬联合麻醉下进行肿物切除术。

#### 手术潜在风险和对策：

医生告知我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，具体的手术方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，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3.我理解此手术存在以下风险和局限性：

- 1) 麻醉意外，严重者可致休克、甚至危及生命；
- 2) 根据术中情况变更术式或内固定方式；
- 3) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如运动神经损伤致相应肌肉功能失支配，引起肢体功能障碍甚至残疾；神经损伤致相应部位麻木疼痛；血管损伤导致大出血，严重者可致休克，肢体缺血性挛缩甚至危及生命；
- 4) 围手术期心、肺、脑血管意外出现；
- 5) 伤口并发症：出血、血肿、裂开、不愈合、感染，瘻管及窦道形成；各种原因伤口不能一期闭合，需植皮、皮瓣移植或延迟关闭等；术后创口部疤痕形成，甚至可能形成增殖性疤痕或疤痕疙瘩。术后关节功能改善欠佳。
- 6) 术中止血带及尿管并发症出现。
- 7) 其他难以预料的严重情况或预计到但无法避免的意外情况出现，导致病情加重；
- 15) 术后因可能出现废用性骨质疏松、深静脉血栓形成，严重者肺栓塞，甚至死亡；
- 16) 术后可能因压迫性或废用性骨质疏松，或者其它意外暴力导致创伤部位再脱位。

4.我理解如果我患有高血压、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：

1.感染；2.术中损伤周围肌腱、神经、血管可能；3.皮肤愈合缓慢或不愈合，需二次处理可能；4.术后肿物复发可能；5.皮肤感觉异常；6.踝关节功能受限；7.术中改变手术方式，行距下关节融合术可能；8.切除物送病理；9.新发骨折可能；10.其他不可预知风险。

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我关于此次手术的相关问题。
- 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 日