

山东省立医院
手术同意书

姓名: 年龄: 32岁 科室: 东院创伤骨科

住院号:

术前诊断: 1. 开放性股骨骨折术后 2. 左侧踝关节骨折伴脱位 3. 阴茎损伤 4. 阴囊损伤 5. 双侧股动脉吻合术后 6. 结肠造瘘术后 7. 创伤性肛门、会阴部裂伤 8. 双侧大隐静脉损伤 9. 双侧股静脉损伤 10. 双侧股神经损伤 11. 深静脉血栓形成

拟行手术名称: 清创缝合术 + 人工血管移植术

其他治疗方案: 中药扶正祛邪

术中或术后可能出现的并发症、手术风险:

1. 麻醉意外, 心血管意外。
2. 术中根据实际情况决定手术方式。
3. 术中损伤神经、血管, 引起相应功能障碍。
4. 术后感染无法控制, 多次换药, 再次手术可能。
5. 术后出现感染加重, 骨髓炎等。
6. 皮肤坏死, 刀口不愈合。
7. 肌肉需清创, 肌力减弱, 肌腱挛缩可能。
8. 血管损伤, 破裂可能, 截肢可能。
9. 肌腱粘连, 功能障碍, 再次手术松解可能, 需多次手术。
10. 术后功能恢复不满意, 疼痛。
11. 术中人工血管破裂, 需要重新吻合或者更换人工血管可能。
12. 术后出现下肢血管血栓或者人工血管血栓可能。
13. 其他术中术后意外情况。

手术者签名:

主治医师签名: 签署日期: 2019.01.12

医师已告知我将要进行的手术方式、此次手术及手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。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式做出调整。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:

若患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签名: 患者关系: