

## 手术同意书

姓名: [REDACTED]

科室: 心胸外科病区

床号: +10

ID: [REDACTED]

病案号: [REDACTED]

住院次数: 1

患儿曾于2012-07-13住我院心胸外科病区治疗,初诊为1.心包腔占位性病变2.左房内占位性病变3.心包积液4.右侧胸腔积液经医生研究,建议在全身麻醉下施行开胸探查,心包腔包块切除手术。本着知情同意的原则,医生有责任如实地告诉家属手术的必要性,以及在手术过程中和手术后患儿可能的意外或并发症等风险:

## 医生谈话纪要:

1. 手术是本病诊断、治疗的重要手段,但手术、麻醉有危险;
2. 术中视具体情况具体处理,肿瘤可能侵及周围重要脏器致不能全部切除或只能行瘤体活检;
3. 肿瘤侵犯或粘连紧密致术中损伤周围脏器,如神经、血管、心脏、淋巴管、气管等,产生相应的后果,如:气管瘘、声音嘶哑、乳糜胸、出血、膈肌麻痹、瘫痪等;
4. 术中术后大出血,有生命危险,必要时需输血或再手术止血;
5. 肿瘤性质需待术后病理检查确定为良性或恶性,恶性肿瘤术后可能复发或者转移,致预后不佳;
6. 术后切口、脏器(如肺、纵隔、尿道等)、胸腔等处感染可能,术后多脏器功能障碍、衰竭可能;
7. 如果肿瘤为恶性,术后可能需多次化疗或放疗以及手术治疗;
8. 术后转ICU监护治疗可能;
9. 术后注意观察患儿呼吸、面色以及切口有无渗血、渗液;病情变化快是儿科疾病的特点,住院过程中如有病情变化,请及时通知医护人员;
10. 患儿年龄小、病情重,术后恢复可能慢,花费可能高,确切医疗费用无法准确预计;
11. 其他可能发生的无法预料或者不能防范的并发症等;
12. 补充:右侧胸腔行闭式引流,左房内病变本次手术暂不处理,需要另行手术可能。

如果发生以上并发症或意外等风险,医务人员将积极处理,尽可能减轻对患儿的不良影响,但后果可能很严重。以上条款均已告诉家属,请家属在理解病情的基础上慎重考虑手术风险。

家属已了解病情及手术风险,经充分考虑,愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而发生的医疗意外或并发症及相应的医疗费用,授权医生实施该手术。家属签字:

(姓名 [REDACTED])

关系 [REDACTED]

家属已了解病情及手术风险,经充分考虑,不同意患儿接受手术治疗,家属签字:

(姓名 [REDACTED])

关系 [REDACTED]

谈话医师: [REDACTED]

2012-07-17