

株洲市中心医院

手术同意书

病室：肛肠外科

病人姓名：

术前诊断：1. 肛周肿块性状待定2. 混合痔3. 乙肝病毒携带4. 高血压

拟行手术：肛周肿块性切除术+RPH+外痔切除+消痔灵注射术

1. 医生术前检查患者后，详细告知了选择该手术治疗的必要性。

2. 施行该手术存在的风险及可能发生的意外和并发症：疾病诊断明确，有手术适应症，但手术有一定的并发症率及死亡率，请患者家属慎重考虑。

(1) 麻醉意外，术中术后并发心脑血管意外，下肢深静脉血栓形成甚至肺栓塞，危及生命，必要时行相关手术或治疗。

(2) 术中根据手术扩肛后决定手术方式，初步决定行肛周肿块性切除术。

(3) 术后肛周疼痛，肛门部不适感，须较长时间治疗才能缓解。

(4) 术后便秘或肛门失禁，术后短期内大便次数增多，排便异常感，可能需要较长时间恢复，甚至手术治疗。

(5) 术后出现肛门狭窄，可能须再次手术或相应治疗。

(6) 术后肿块病检可能为恶性，须再次手术或相应治疗。

(7) 术后伤口出血需再次手术。

(8) 本次手术范围仅解决肛周疾患，如存在相应其他结肠疾患，则需其他相应治疗。

3. 我对以上各条款均已经了解清楚，同意接受手术治疗，并愿承担因该手术带来的各种风险。

医师

谈话地点：肛肠外科医师办公室

谈话时间 2020年05月31日08时10分

具同意书人（患者或法定代理人）

（签名），与患者关系

林州市中心医院
授权委托书

委托人（患者本人）：

受托人： 性别： 年龄： 岁 联系电话：
有效证件号码：
住址：
与患者关系：子女

本人于2020年05月28日因病住院。本人在住院期间，有关病情的告知以及在
诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重委托由 作为我的代理人，
代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字手续，全权代表本人签
字，被委托人的签字视同本人的签字。

受委托人签署同意书后所产生的后果，由患者本人承担。

患者签名（或手印）

年 月 日

受托人签名（或手印）

年 月 日

谈话地点：医师办公室