



珠海市人民医院

手术知情同意书

术前诊断：左下肢肿物性质待查
拟行手术方式：左下肢肿物切除术
拟行麻醉方式：腰硬联合阻滞
替代医疗方式：保守治疗

术中及术后可能出现的意外情况及并发症：

1. 麻醉意外，术中、术后生命体征异常波动，甚至出现心跳、呼吸停止。
2. 术中可能损伤神经、血管，出现相应的功能障碍。甚至肢体远端麻木、坏死、活动受限
3. 术中存在根据实际情况更改手术方式的可能。
4. 肿物无法完全切除或术后复发。
5. 肿瘤的性质需依赖术后的病理检查确诊，如为恶性或需进一步处理。
6. 可能术后有若有关节活动障碍，术后的恢复需要患者的进一步康复治疗。
7. 切口感染、脂肪液化，局部疤痕及血肿形成等。
8. 诱发原有或潜在的疾病发作。
9. 其他不能意料的因素，如心脑血管意外。

患者知情选择：

我的医生已经告知我将要进行的操作方式，此次操作及操作后可能发生的并发症和风险，也向我解释过其他治疗方式及其风险，并且解答了我关于此次操作的相关问题。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作切除的病变器官、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：2020.11.19

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：

签名日期：

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的治疗方式，此次治疗及术后可能发生的并发症和风险，也向我解释过其他治疗方式及其风险，并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

经治医生签名：

签名日期：2020年11月19日

术者签名：

签名日期：2020年11月19日