



浙江省中医院

浙江中医药大学附属第一医院
浙江中医药大学第一临床医学院

关节手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 56岁 科室: 骨伤中心 住院号: [REDACTED]

【术前诊断】 1. 痛风性关节炎、2. 双膝关节退行性病变、3. 左膝关节半脱位、4. 痛风、5. 痛风石、6. 高尿酸血症、7. 具有假体心脏瓣膜、8. 肾功能异常、9. 脂肪肝、10. 颈动脉硬化

【手术指征】 患者痛风性关节炎, 膝关节退行性变, 左膝关节半脱位诊断明确, 左膝关节疼痛伴活动受限, 有手术指征, 患者及家属要求手术。

【拟行手术名称】 左人工全膝关节置换术

【拟行手术日期】 2019年08月20日 **【手术部位】** 左下肢

【术前准备】 完善各项检查, 排除手术禁忌, 相关科室会诊, 调整相关用药。

【可能发生的风险及并发症】

1. 任何手术、麻醉都存在风险, 可能出现麻醉并发症, 严重者可能致休克, 危及生命。
2. 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. 本次手术可能发生的风险:
 - 1) 心、肺、脑血管意外, 脑出血或脑栓塞, 神志不清, 昏迷甚至死亡; 心律失常, 心肌梗死, 心力衰竭, 血压降低, 休克, 甚至死亡; 肺栓塞, 呼吸功能障碍, 呼吸衰竭甚至死亡;
 - 大出血, 输血输液反应, 引起休克;
 - 2) 术中发生血管或神经损伤, 如坐骨神经损伤引起肢体麻木、不能活动;
 - 3) 骨水泥中毒或者骨水泥心、肺、脑栓塞可引起生命危险;
 - 4) 术中安放螺丝钉可能引起盆腔内脏器官如膀胱的损伤;
 - 5) 术中发生假体周围骨折如髌臼、股骨骨折, 需要加用其它内固定、结构植骨甚至更换假体;
 - 6) 切口渗液, 延迟愈合, 切口感染; 关节感染, 需要行清理术和/或假体取出、旷置以及二期再置换手术;
 - 7) 术后应激性溃疡, 胃出血; 深静脉血栓, 肺栓塞, 脂肪栓塞可引起心、脑、肺、肾功能衰竭, 严重者危及生命; 术后卧床时间长存在坠积性肺炎、肺部感染、褥疮及泌尿系感染;
 - 8) 术后关节功能不良, 疼痛不缓解; 双下肢不等长; 存在姿势不当或外伤后关节脱位或半脱位, 需要闭合复位或切开复位或翻修手术;
 - 9) 假体周围异位骨化影响关节功能; 假体周围骨折与应力、骨质量、外伤等因素相关, 多数需手术固定或翻修; 假体松动、移位、断裂, 需要将假体取出行翻修手术; 假体周围骨溶解, 排异反应, 必要时需取出假体或行翻修手术;
 - 10) 陶瓷-陶瓷界面术后, 出现陶瓷碎裂关节异响可能; 金属-金属界面, 则可能出现体内金属离子蓄积, 导致肝肾功能损害;
 - 11) 其他目前无法预料的风险和并发症。



浙江省中医院

浙江中医药大学附属第一医院

浙江中医药大学第一临床医学院

关节手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: 男 年龄: 56岁

科室: 骨伤中心

住院号: [REDACTED]

4. 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. 术后如果体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。
6. 术中可能使用的自费医用耗材 术中使用内固定、止血材料及其他材料约需3万元。
7. 本例手术特殊告知事项: 术后膝关节疼痛缓解不彻底, 不缓解甚至加重可能; 术后假体松动、假体周围骨折, 需二次翻修可能; 术后深静脉血栓形成、PE、心梗、脑梗, 甚至死亡可能; 诱发潜在疾病, 或加重原有疾病可能; 情况恶化, 需抢救, 甚至转入ICU可能; 术后渗血致休克可能; 术中、术后心脑血管意外可能; 术后关节功能障碍可能; 术后假体周围感染可能; 术后膝关节肿胀可能; 术后皮肤愈合缓慢, 不愈合, 甚至坏死的风险极高; 术后肾功能恶化, 需要透析, 甚至进展至肾功能衰竭, 需长期透析可能; 术后胃肠道或脑出血及其他部位大出血, 危及生命可能; 术后血栓形成, 致心梗、脑梗、肺梗的风险极高, 甚至危及生命; 术后全身情况恶化, 需抢救, 转入ICU, 甚至死亡可能; 以及其他无法预料的情况。

【患者自身存在的高危因素】 患者心脏瓣膜置换术后, 长期抗凝治疗; 患者肾功能不全, CKD3期; 患者高尿酸血症, 痛风病史; 患者有消化道出血病史。

【医疗替代方案】 保守治疗。

经治医生签名: 毛强 手术者签名: 何帮剑 日期: 2019年08月19日13时00分

毛强

何帮剑

【患方意见】以上事项医生已详细告知, 我对医师告知的手术风险表示完全理解, 也明白并愿意承担如果拒绝手术而可能发生的一切后果。经慎重考虑, 我决定:

1. 风险已知, 选择 (请填: “风险已知, 选择”) 拟行手术方案, 并愿意承担手术风险, 授权并接受医师在紧急情况下更改并选择最适宜的手术方案与抢救处置。

2. _____ (请填: “风险已知, 拒绝”) 拟行手术方案, 并愿意承担因拒绝手术而发生的一切后果。

患者/法定代理人签名: 与患者关系: 日期: 2019年8月19日13时00分

[REDACTED]

[REDACTED]

手术知情同意书签字须知

尊敬的患者及家属:

您或您的亲属因病(伤)在我院接受手术治疗, 感谢您对我们的信任。任何手术均存在较高的风险, 在您决定手术前, 由手术医师负责向您解释手术相关事项。希望您逐项仔细阅读, 不理解之处务必请在手术、麻醉实施前询问清楚。在您充分理解后, 自主决定是否选择手术治疗或按替代方案实施, 请在文书上写明意见并签字。



浙江省中医院

浙江中医药大学附属第一医院

浙江中医药大学第一临床医学院

关节手术知情同意书

姓名:

性别: 男

年龄: 56岁

科室: 骨伤中心

住院号:

手术医师将严格遵守医疗规范, 认真准备, 密切观察, 仔细操作, 及时处理意外情况。一旦出现紧急情况时, 手术及麻醉医师将作出相应处理, 同时向患者家属通报病情, 请患者家属理解并配合医院紧急抢救的实施。感谢您的理解与合作!

术中谈话记录

【术中所见及补充诊断】

【建议治疗方案】

谈话医生签名:

记录日期:

【患方意见】

患者或其法定授权人意见: 医师在手术中, 已向我详细告知了术中发现的情况、及如何处理或不做处理的利弊, 本人确认, 对手术相关情况、可能出现的意外和风险表示理解, 愿意承担相关风险。经慎重考虑, 决定:

- 1) (请填: 选择) 建议治疗方案, 授权并接受医师在紧急情况下的抢救处置。
- 2) (请填: 拒绝) 建议治疗方案, 并愿意承担因拒绝手术而发生的一切后果。

患方签名: 与患者关系: 年 月 日 时 分