

浙江大学医学院附属邵逸夫医院  
手术知情同意书

- 1 您的主诊医生是:何非方 您的经管医生是:何非方
- 2 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读,提出与本次手术操作有关的任何疑问,决定是否同意进行手术或操作。
- 3 由于已知或未知的原因,任何手术或操作都有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤甚至死亡。因此,医生不能对手术/操作的结果作出任何的保证。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外,在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前,医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间,您都有权接受或拒绝本手术/操作。
- 4 目前诊断:低颅压综合征 双侧硬膜下血肿  
拟施行的手术/操作名称:双侧脑脊液漏修补术
- 5 医生会用通俗易懂的语言给您解释:

5.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果:

缓解症状

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

a 手术中可能出现的意外和危险性:

- ☒ 麻醉意外
- ☒ 难以控制的大出血
- ☒ 药物过敏
- ☒ 导致死亡或无法挽回的脑死亡
- ☒ 术中心跳呼吸骤停
- ☒ 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案
- ☒ 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤,将导致患者残疾或带来功能障碍
- ☐ 其它:
- 无

b 手术后可能出现的意外及并发症:

- ☒ 术后出血
- ☒ 局部或全身感染
- ☐ 切口裂开
- ☐ 脏器功能衰竭(如弥漫性血管内凝血)
- ☐ 水电解质平衡紊乱
- ☐ 术后气道阻塞
- ☒ 呼吸、心跳骤停
- ☒ 诱发原有疾病恶化
- ☒ 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符
- ☒ 再次手术
- ☐ 其它:
- 无

5.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现的各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全,使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: ①术前:认真评估病人,选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查,如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。
- 2) 术中: ①严密监测生命体征变化,保持生命体征平稳,备齐各种急救设备,随时处理术中出现的各种情况;②仔细操作,动作轻柔、准确。③严密止血。
- 3) 术后: 严密监测生命体征及手术部位变化,并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗。
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它:

无

5.4 可供选择的其它治疗方法及您的选择: 保守治疗

您选择: 手术治疗

6 如需植入内置物,您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型及厂家:

无

7 您的主刀医生是: 何非方, 助手: 宁宁

手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士,必要时邀请病理及放射医生。

8 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行,术中如有紧急或事先没有预料的情况发生,医生将及时与家属取得联系,根据出现的情况,医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

9 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品,他/她将会告诉您有关输血或血液制品的风险、利弊,这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此,您有权同意或拒绝接受输血或血液制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

10 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。

11 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩,也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

12 为了确保您对上述内容的准确理解,在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前,医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问,希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;
- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

根据国务院701号条例:医疗(手术)意外险为可能发生的严重医疗意外提供保险保障,本人自愿投保。

患者签字:

日期: 2020-1-15 8:15:11

☐ 患者本人 ☒ 患者家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

医生签字: 何非方

签字时间: 2020-1-15 8:12:12



浙江大学医学院附属邵逸夫医院下沙院区  
手术知情同意书

病历号  
患者姓名  
床号