

北京大学深圳医院

患者姓名		性别	男	民族	汉族	住院号	
科室	口腔科	年龄		床号		证件号	

手术知情同意书

病情及医疗措施告知:

病情摘要	左颈部无痛性肿物渐进性增大十余年。刚出生时,患儿家长无意中发现左颈部出现一黄豆大小肿物,无明显疼痛,无麻木等不适。两年前于深圳市人民医院门诊就诊,诊断为“神经纤维瘤病?”,未行特殊治疗。		
过敏史	暂未发现	拟定麻醉方式	全麻
术前诊断	左颈部肿物	拟定手术医师	杨宏宇 林博
拟定手术方案	左颈部神经纤维瘤切除术	拟定手术日期	2020.07.30
备选手术方案	左颈部神经纤维瘤扩大切除术	临时更改后手术日期	

根据您的病情,您需要进行上述手术治疗(以下称手术)。该手术是一种有效的治疗手段,一般来说,手术和麻醉过程是安全的,但由于该手术具有创伤性和风险性,因此医师不能向您保证手术的效果。

手术潜在风险及对策:

因个体差异及某些不可预料的因素,术中和术后可能会发生意外和并发症,严重者甚至会导致死亡。现告知如下,包括但不限于:

- ✓ 1、麻醉并发症(另附麻醉知情同意书);
- ✓ 2、术中、术后大出血,严重者可致休克,危及生命安全;
- ✓ 3、术中因解剖位置及关系变异变更术式;
- ✓ 4、术中可能会损伤神经、血管及邻近器官;
- ✓ 5、伤口并发症:出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合,瘘管及窦道形成;
- ☐ 6、脂肪、羊水栓塞:严重者可导致昏迷及呼吸衰竭,危及生命安全;
- ✓ 7、呼吸系统并发症:肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
- ✓ 8、循环系统并发症:心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停;
- ✓ 9、尿路感染及肾衰;
- ✓ 10、脑并发症:脑血管意外、癫痫;
- ✓ 11、精神并发症:手术后精神病及其他精神问题;
- ✓ 12、血栓性静脉炎,以致肺栓塞、脑栓塞;
- ✓ 13、多脏器功能衰竭,弥漫性血管内凝血(DIC);
- ✓ 14、水电解质平衡紊乱;
- ✓ 15、诱发原有疾病恶化;
- ✓ 16、术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;
- ✓ 17、再次手术;
- ✓ 18、标本用于医学研究。

✓ 19、本手术提请患方注意的本专科专病的特殊并发症及后遗症:1、术中术后出血,积极止血;必要时输血,可能发生输血反应或交叉感染,术后出血则需要二次手术探查止血;2、术中可能损伤耳大神经、面神经,术后出现耳朵麻木、面瘫等神经损伤症状,需要一定的时间恢复,甚至永久性不能恢复,必要时配合神经营养治疗、理疗以及功能训练;3、术后伤口可能感染,需定期换药,切口延迟愈合;4、术后面部遗留手术瘢痕、局部凹陷等畸形;5、术后肿物复

病案统计室

北京大学深圳医院

患者姓名	
科 室	

发,必要时需再次手术或进一步治疗;6、术后外形改善有限,需要多次手术治疗;7、术后创口感染可能。

☐ 20、其他(若无请填写无):

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

替代医疗方案:

是否有替代治疗/手术方案: ☐ 是 ☒ 否

根据您的病情,目前主要有如下替代治疗/手术方式:

医生陈述:

我已经告知患方患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险以及其它治疗方法等以上全部内容,并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

谈话医师签名 杜博 签名日期: 2020 年 7 月 29 日 19 时 00 分

主刀医师签名 杜博 签名日期: 2020 年 7 月 29 日 19 时 00 分

患方知情选择:

- 我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、其它治疗方法等以上全部内容,并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- 我理解如果我患有高血压、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,以上这些风险可能会加大,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。我理解我需要提供真实有效的病史资料,否则可能影响手术效果,如有隐瞒,一切后果自负。。
- 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、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。
- 我明白在本次手术中,在不可预见的情况下,可能需要其他附加操作或变更手术方案,我授权医师在遇有紧急情况时,为保障我的生命安全实施必要的救治措施,我保证承担全部所需费用,我同意标本用于医学研究。
- 我知道在本次手术开始之前,我可以随时签署《拒绝医疗同意书》,以取消本手术同意书的决定。
- 我已详细阅读以上内容,医师已向我解释过替代治疗/手术方式及其风险,我对医师护士的告知表示完全理解,经慎重考虑,我决定 同意 (“同意”或“不同意”) 选择拟定手术方案及以上内容(若不同意,选择替代方式 同意), 同意 (“同意”或“不同意”) 做术中快速冰冻切片。

1、患者本人(为完全民事行为能力人)填写下列内容:

患者本人签名 _____ 签名时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

2、非患者本人,请勾选 ☐ 监护人; ☐ 近亲属(除患者处于昏迷等无法自主作出决定,均须签署授权委托书)

签名 杜博 与患者关系 患者 联系电话 _____

身份证号 _____ 签名时间 2020 年 7 月 29 日 19 时 40 分

3、因抢救生命等紧急情况,不能取得患者或者其近亲属书面同意的,医院授权的负责人意见及签名:

签名 _____ 签名时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

注:近亲属是指配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。