



姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 32岁

科室: 泌尿外科

床号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

手术知情同意书

亲爱的患者:

您好!

根据您目前的病情,您需要进行左侧阴囊肿物切除术+左侧上肢肿物切除术+左侧胸部肿物切除术治疗。根据《医疗机构管理条例实施细则》等法律法规的要求,该手术属于特殊治疗范畴。医师特向您详细介绍和说明如下内容:手术名称、目的、可能出现的并发症、风险等相关内容,使您了解相关知识,做出知情同意后的选择。

医师告知

【术前诊断】1. 左侧阴囊脂肪瘤; 2. 左上肢脂肪瘤; 3. 左胸壁脂肪瘤

【手术指征】左侧阴囊脂肪瘤、左上肢脂肪瘤及左胸壁良性肿瘤影响美观

【麻醉方式】全身麻醉

【替代医疗方案及风险】

【拟行手术名称】左侧阴囊肿物切除术+左侧上肢肿物切除术+左侧胸部肿物切除术

【拟行手术日期】2020年08月28日

【手术目的】切除阴囊、左侧上肢及左侧胸部较大肿物并明确诊断

【拒绝手术可能发生的后果】进一步增大,或病理不明,有恶性可能

【患者自身存在的高危因素】全身多发脂肪瘤,易复发

【可能使用的高值耗材】☐ 自费 ☐ 部分自费 ☐ 超过千元(具体见《使用自费药品和高值耗材告知书》)

【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解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. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策:
 - 1) 患者左侧阴囊肿物影响日常生活,有手术指征。
 - 2) 麻醉方式由麻醉师确定,有关麻醉事宜及危险性由麻醉师说明,并由家长签字。
 - 3) 可能出现术中术后出血,伤口感染,伤口裂开,延迟愈合。术后近期患侧阴囊肿胀,缓慢消退。
 - 4) 本病可能继发睾丸炎、附睾炎、睾丸萎缩、鞘膜炎、鞘膜积液等并发症,可能再次手术。
 - 5) 由于个体差异,对麻醉、手术、缝线及药物可能出现其他少见并发症。
 - 6) 本次手术有探查性质,可能发现肿瘤、特殊感染等情况,相应疾病有相应并发症,有可能预后不良,影响将来生育、性功能;肿瘤则有转移或复发的可能。
 - 7) 患者可能存在潜在性疾病,并可能在本病或手术后出现临床表现,并对本病恢复产生不良影响。
 - 8) 切口的大小、方向、部位和数量、缝合材料种类及缝合方法由医师根据病情和手术情况选择,兼顾美容效果。
 - 9) 术中、术后根据病理结果可能进一步诊疗;
 - 10) 患者自身多发脂肪瘤,本次手术仅处理较大且影响美观、不适肿物,余肿物暂不处理,且术后有周边部位复发可能性。

其他: _____

我们将以高度的责任心,认真执行操作规程,做好抢救物品的准备及过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施,一旦发生意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异,意外风险不能做到绝对避免,且不能确保治疗完全成功,可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,特此告知。

【术后主要注意事项】 _____

医师陈述

我已告知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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。



深圳大学总医院

SHENZHEN UNIVERSITY GENERAL HOSPITAL

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 32岁

科室: 泌尿外科

床号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

经治医师签字: [REDACTED]

签字时间: 2020年9月15日10时00分

术者签字: [REDACTED]

签字时间: 2020年9月15日10时00分

患者或患者委托代理人确认

医师向我解释了我的病情及需要接受的手术, 并已就上述医疗风险向我进行了详细说明, 我已经了解手术可能出现的风险、效果及预后等情况, 并知道手术是创伤性治疗手段, 由于受医疗技术水平局限、个体差异等影响, 术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况;

医师向我解释过其他治疗方式及其风险, 我知道我有权拒绝或放弃此手术, 也知道由此可能产生的后果及风险, 我已就我的病情、该手术及其风险等相关问题向我的医师进行了详细的咨询, 并得到了满意的答复。此外, 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。

(请患者和/或患者委托代理人签名表示“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容, 我做以下声明”)

我 [REDACTED] (填同意) 接受该手术方案并愿意承担手术风险, 并授权医师: 在术中或术后发生紧急情况下, 为保障本人的生命健康, 医师有权按照医学常规予以紧急处置, 更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患者签字: [REDACTED] 委托代理人签字: _____ 与患者关系: _____

签字时间: 2020年9月15日10时00分

我 [REDACTED] (填不同意) 接受该手术方案, 并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。

患者签字: _____ 委托代理人签字: _____ 与患者关系: _____

签字时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

备注: 如果患者或患者委托代理人拒绝签字, 请医生说明: