



大连医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF DALIAN MEDICAL UNIVERSITY

手术同意书

姓				科别	手显微外科
手术指征	环小指感觉障碍，肌肉萎缩				
拟施手术名称	腕管尺神经松解术				
拟施麻醉方式	全麻				
替代医疗方案 (必填)	保守治疗，观察病情变化				
拟施手术日期	2020年10月28日	术前准备	完善		

- 术中、术后可能出现的风险和并发症
1. 术后麻木无力等症狀緩解不满意或部分症狀殘留。
 2. 术后肌萎缩，爪形手不恢复正常。
 3. 再次卡压，症狀加重。
 4. 如需外膜松解，术后麻木加重。
 5. 根据术中探查具体情况决定手术方式。
 6. 反射性交感神经营养不良。
 7. 术后切口或创口疤痕形成或瘢痕挛缩，切口感染，坏死，脂肪液化，血肿形成，切口周围麻木

交代医师

吴俞莹

患者或
代理人
意见

上述事项医师已向我告知清楚，并详细解释了有关替代医疗方案，我经慎重考虑选择并同意接受该项手术治疗，签名证明。

上级医师

患者签字

日期 2020年10月27日

交代日期

2020-10-27

代理人签字

日期 2020年10月27日

代理人与患者关系

大妻

代签字原因

代理