

成都大学附属医院

手术知情选择书

科别(病区): 神经外科一病区 姓名: 关女士 床号: 住院号:

患者姓名: 性别: 年龄:

住院号: 科室: 神经外科一病区 床号:

入院日期: 2021-07-16

拟定手术时间: 2021年07月16日

术前诊断: 1. 右侧基底节区脑出血伴血肿形成 2. 双肺坠积性肺炎 3. 双肺结节 4. 高血压?

拟定麻醉方式: 全麻

拟定手术方式: 开颅颅内减压、颅内血肿清除术、硬膜外血肿引流术、探头植入术

疾病介绍和治疗建议:

脑出血是中国老年仍高发疾病,致死、致残很高的疾病,病人常常伴有残疾。

手术方式主要是颅内血肿清除术、开颅颅内减压术,手术精细,病人常常较重,术后并发症较其他疾病明显多。

手术潜在风险和对策:

根据患者的病情,需要进行上述手术治疗(以下简称手术)。该手术是一种有效的治疗手段,但该手术具有创伤性和风险性。因个体差异及某些不可预料的因素,术中或术后可能会发生意外和并发症,严重者甚至会死亡。有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同,特此郑重向患者、患者近亲属或委托代理人告知如下,包括但不限于:

1. 麻醉意外及麻醉并发症。
2. 术中大出血:如颈内动脉,椎基底动脉及其分支出血,静脉窦等出血,引起失血性休克, DIC等危及生命。
3. 术中脑组织损伤和重要的血管损伤,引起相应功能区缺损症状:如偏瘫,感觉异常,失语,视野受损等症状。
4. 术中脑神经损伤引起相应症状:如嗅觉减退或消失,视力下降,视野缺损,眼球运动障碍,面瘫,感觉异常,听力下降,饮水呛咳,吞咽困难等。
5. 术中血压升高引起脑出血,术中发生心肌梗死,急性心肌梗死等不可预料的情况危及生命。
6. 术后感染:切口不愈合,延迟愈合,颅骨感染引起化脓性骨髓炎,颅内感染引起脑炎,脑脓肿,肺内感染引起肺脓肿, ARDS,泌尿生殖系统感染等。
7. 术后脑脊液漏:切口漏,皮下漏,脑脊液耳鼻漏等,必要时手术修补。
8. 术后脑水肿,脑肿胀,颅内高压必要时进行去骨瓣减压术。
9. 术后脑积水必要时进行脑脊液分流手术,如侧脑室腹腔引流术。
10. 术后颅骨缺损需行二期修补治疗。
11. 术后颅内积气,少量可自行吸收,如果大量引起占位效应应再手术治疗。
12. 术后颅内出血危及生命或影响预后,需要急诊再次手术治疗。
13. 术后脑血管痉挛,脑缺血,脑血栓形成引发脑栓塞。
14. 术后皮下积液,必要时需要积液穿刺抽取。
15. 术后出现癫痫,需要长期药物控制。
16. 术后下丘脑垂体功能低下需要长期服用激素替代治疗,以纠正代谢紊乱。
17. 术后必要时行腰椎穿刺了解颅内压以及释放脑脊液治疗。
18. 术后患者昏迷不醒需要行气管切开治疗。
19. 术后肿瘤复发,再生,转移,必要时需要再次手术治疗,恶性肿瘤术后需要行放化疗。
20. 术后长期卧床,深静脉血栓形成,栓子脱落引发肺栓塞危及生命。

患方签字:

成都大学附属医院

手术知情选择书

科别(病区)

姓名:

床号:

住院号:

21. 术后发生应激性溃疡, 上消化道大出血危及生命等。
22. 患者原发疾病, 如糖尿病, 高血压, 冠心病, 心绞痛等加重病情。
23. 术中输血可能感染血液系统疾病, 如肝炎, 梅毒, 艾滋病等。
24. 颅内压探头为易损精密耗材, 无质保期, 使用过程中可能会因牵拉、扭转、折叠或者无明显原因损坏, 而无法使用。生产厂家及医院对此不承担责任。
25. 其他不可预料不良后果。
26. 使用特殊器材、特殊材料以及一次性消耗性材料的告知:
该手术需要使用(耗材名称): 滴水双极(约600元一支)、医用胶(495元一支)、脑科引流管(约2500元一根)、脑组织扩张器(约4800元)、止血纱布(约360元一张), 可吸收硬脑膜修补材料(约7000-18000元一张)、颅骨钛钉(约1300元一枚)、颅骨二孔板(约3600元一枚)、颅内压探头(约14000元一套)。
25. 手术预计费用: 40000-50000元

患者知情选择:

医生已经使用通俗易懂的语言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、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

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, 并有充分的思想准备愿意承担可能面临的风险。

我同意使用上述特殊器材、特殊材料以及一次性消耗性材料, 并承担相关费用。

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。

我授权医师在遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施, 并保证承担全部所需费用。

请在上诉框内抄写以下文字: 医生已经告知我本次手术并发症及相关风险, 并向我解答与本次手术有关的疑问, 我同意接受本次手术。

患者签字(或手印):

年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患方近亲属或委托代理人签字(或手印)

与患者关系:

医师告知

我已经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、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签字:

时 分

患方签字: