

安徽医科大学第一附属医院

手术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 住院号:

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

1. 麻醉意外, 2. 术中及术后出血、感染, 3. 术后症状改善不明显, 4. 出血误吸、喉部水肿等引起窒息, 5. 必要时行气管切开, 6. 牙齿松动、脱落, 7. 损伤悬雍垂、咽腭弓、舌腭弓等周围软组织, 8. 术后咽干、异物感, 9. 心脑血管意外, 10. 其他。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择:

我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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我关于此次操作的相关问题。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

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。

患者签名: 签名日期: 2021 年 08 月 08 日

如果患者无法签署知情同意书, 需其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: 与患者关系: 签名日期: 年 月 日

医生陈述:

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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 签名日期: 2021年08月08日

安徽医科大学第一附属医院

手术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 38岁 住院号:

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 慢性扁桃体炎 需要在 全身 麻醉下进行 扁桃体切除术 手术。

手术目的: 1) 进一步明确诊断 2) 切除病灶 (可减轻疼痛/避免/功能亢进/其他) 3) 缓解症状 4) 其他。

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下手术可能发生的风险, 有些常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

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恶心、皮疹等症候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) 麻醉并发症严重者可致休克, 危及生命;
 - 2) 术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命;
 - 3) 术中根据病情变化或解剖部位变异变更术式;
 - 4) 伤口并发症: 出血、血肿、积液、感染、裂开、不愈合、缝管及窦道形成;
 - 5) 脂肪、羊水栓塞; 严重者可致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命;
 - 6) 呼吸系统并发症: 肺不张、肺炎、胸腔积液、气胸等;
 - 7) 心脏病并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心搏骤停;
 - 8) 尿路感染及肾衰竭;
 - 9) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫;
 - 10) 精神并发症: 手术后精神障碍及特别的其他精神问题;
 - 11) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞;
 - 12) 多脏器功能衰竭 (包括弥散性血管内凝血);
 - 13) 水电解质平衡紊乱;
 - 14) 诱发原有疾病恶化;
 - 15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;
 - 16) 再次手术;
 - 17) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术;
 - 18) 病灶切除不全, 或肿瘤残体残留;
 - 19) 术中损伤神经、血管及邻近器官, 如。
4. 我理解如果我患有高血压心脏病、糖尿病、肝肾肾功能不全、静脉曲张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。
5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。