

云南省肿瘤医院手术(有创操作)同意书

患者姓名: 性别: 男 出生年月: 年 2 月 住院号:

科别: 普 床号: 8 过敏史: 无

术前检查: X片: 左股骨下段骨肉瘤

术前诊断：右股骨中下段骨肉瘤。

手术名称: 左侧全喉切除术

手术目的: 切除肿瘤 重建肠管功能

手术适应症: 有

手术部位: 右股骨

术者和助手, 术者: 陈建波 第一助手: 叶晓光 第二助手: 林松 第三助手: 林松

医院告知:手术(有创操作)过程中或者手术(有创操作)后可能发生以下情况

1. 麻醉意外: 速制 呼吸 心跳 复苏

1. 麻醉意外：误刺、呼吸、心跳骤停。
2. 感染：
3. 手术副损伤，即手术经过组织血管、神经等的损伤及相邻器官的损伤：腹动、静脉。
4. 术后假性肠梗阻、肠粘连。
5. 术后感染、须取出内固定。
6. 术后并发症，引起心、肝、肺、肾、胃、肠、胆、胰、脾、功能受损。
7. 术后并发症，引起肠粘连、肠梗阻。
8. 术后并发症，引起肠穿孔、肠瘘、肠梗阻。
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.

患者陈述:本人已经认真阅读了以上内容 and 备注中所声明的事项,知悉术前检查、诊断以及为我(患者)实施手术医师的姓名。在 _____ 医师以通俗的语言详细解释了该手术的风险和可能出现的并发症、副损伤及其它不良后果后,本人已经完全了解手术的目的、术前准备、术前及术后注意事项以及本手术同意书全部内容的含义。经慎重考虑,决定完全 _____ 接受该手术治疗,并承担该手术的风险。

本人郑重授权:手术医师在为我(患者)实施手术的过程中,如出现手术同意书预先告知且无法预料
的特殊情况,为了抢救我(患者)的生命或者为了我(患者)的根本利益,手术医师可以根据具体情况
和抢救治疗原则,实施相应的医疗措施。

医师签字:_____

患者本人签字 _____ 患者亲属(限近亲属)/监护人签字 _____

患者授权的其他代理人签字：_____ 与患者的关系：父子

签字时间: 2003 年 11 月 19 日 签字地点: 云南省肿瘤医院

注：①患者为完全民事行为能力人时，由患者本人签字；患者处于昏迷或者麻醉状态时，由患者授权的人或其近亲属签字；患者为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时，或者应患者近亲属要求，对患者实施保护性医疗措施时，由其监护人或者近亲属签字。②患者的近亲属是指其配偶、父母、祖父母和外祖父母、成年的子女和兄弟姐妹。③根据《民法通则》第129条之规定，紧急抢救情况下因抢救患者生命的需要，如患者身边无近亲属（监护人），可由护送患者就诊的单位领导、同事、朋友等相关人员签字，由之产生的不良后果由患者或患者的监护人承担责任。④鉴于医院工作权限，患者近亲属或其他委托代理人与患者关系的真实性由患方自行负责。