

中国人民武装警察部队特色医学中心

姓名:

科别: 脑科中心神经外六科

ID号:

手术知情同意书

尊敬的患者:

您好!

根据您目前的病情,您有此手术适应证,医师特向您详细介绍和说明如下内容:术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用的高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等,以帮助您了解相关知识,作出明确选择。

一般项目	患者姓名 孟祥福 性别 男性 年龄 54岁 科室 脑科中心神经外六科 病 室 12 床号 35ID号 2018619
医师告知	【术前诊断】1. 动眼神经麻痹 2. 高血压 【拟行手术指征及禁忌证】依据典型病史、症状、体征及相关辅助检查,目前诊断明确,术前常规化验及检查结果回报提示无明显手术禁忌症。 【替代医疗方案】(不同的治疗方案及手术方式介绍) 根据您的病情,目前我院主要有如下治疗方法和手术方式: 【建议拟行手术名称】动眼神经显微血管减压术 【手术目的】根治或改善右侧上睑下垂、复视、眼球活动受限等不适症状 【手术部位】头部:左侧 ☐ 右侧 ☒ 正中 ☐ 【麻醉方式】口插管全麻 ☒ 局麻 ☐ 硬膜外 ☐ 其他: 【拟行手术日期】2018-11-08 【拒绝手术可能发生的后果】1. 现有症状无改善或持续加重 2. 耽误手术时机 【患者自身存在的高危因素】高血压 ☐ 糖尿病 ☐ 肾脏功能不全 ☐ 低蛋白血症 ☐ 电解质紊乱 ☐ 其他: 【高值医用耗材】术中可能使用的高值医用耗材 Teflon垫棉、人工硬脑膜 ☐ 自费 ☐ 部分自费 ☐ 超过千元 (详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书) 【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】 1、麻醉并发症(另附麻醉知情同意书); 2、术中、术后大出血,严重者可致休克,危及生命安全; 3、术中因解剖位置及关系变异变更术式; 4、术中可能会损伤神经、血管及邻近器官或组织; 5、伤口并发症:出血、血肿、水肿、感染、切口裂开、不愈合、瘘管及窦道形成; 6、呼吸系统并发症:肺不张、肺感染加重、胸腔积液、气胸等; 7、循环系统并发症:心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停; 8、尿路感染及肾功能衰竭; 9、血栓性静脉炎、肺栓塞; 10、多脏器功能衰竭,弥漫性血管内凝血(DIC) 11、水电解质平衡紊乱 12、其它意想不到的情况; 二、神经系统并发症 1、术后右侧上睑下垂、复视、眼球活动受限改善不明显,或者无缓解、或者症状继续加重,严重者同侧眼睛失明; 2、术中动眼神经损伤加重及相邻颅神经损伤,导致该颅神经功能丧失如瞳孔散大、畏光、流泪、听神经损伤出现听力下降或丧失,视神经损伤出现单眼或双眼视力下降、复视;面神经损伤,出现周围性面瘫,影响面部外观、语言表达、味觉; 3、术后皮下积液或积血; 4、术后出现昏迷、植物生存甚至死亡,出现偏瘫、或全瘫、肢体感觉障碍或消失、失语、癫痫;

中国人民武装警察部队特色医学中心

姓名:

科别: 脑科中心神经外六科

ID-4

- 5、因手术干扰或其他原因造成血管痉挛、梗塞。如：脑干、小脑梗塞等，危及患者生命；
- 6、手术切口或颅内感染造成死亡，脑脊液外漏造成颅内感染或需手术修补；
- 7、术后出现精神症状、性格改变、记忆力或智力下降；
- 8、术后手术部位或其他部位出血或再出血，可能需要手术清除；
- 9、术后出现嗅觉减退或丧失；
- 10、术后视力下降或全盲、视野缺损或视物成双、尿频、水电平衡紊乱、中枢性高热；
- 11、术后可能出现角膜溃疡、眼睑下垂、眼球活动障碍；
- 12、术后可能出现声音嘶哑、吞咽困难，可能需气管切开；
- 13、其他情况或意外。

其他:

我们将以高度的责任心,认真执行手术操作规程,做好抢救物品的准备及手术麻醉过程中的监护,针对可能发生的并发症做好应对措施,一旦发生手术意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救措施。需要强调的是,由于医疗技术水平的局限性及个体质的差异,不能做到绝对避免意外风险,且不能确保救治完全成功,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,以及其他不可预见且未能告知的特殊情况,恳请理解。

【术后主要注意事项】1. 术后平卧48小时 2. 术后72小时方可下地活动 3. 进半流食或软食 4. 必要时需行腰椎穿刺治疗 5. 根据术后病情恢复情况需要采取的治疗措施请予以配合。

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款,我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

主治医师签字: 王航 操作时间: 2018-11-07, 15:58 签字地点: 医生办公室

主刀医师签字: 签字时间: 2018-11-07, 15:58 签字地点: 医生办公室

我及委托代理人确认:

1. 医师向我解释过我的病情及所接受的手术, 并已就全部_____ (请填写第 () 到 () 项) 医疗风险向我进行了详细说明。我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和个体差异的影响, 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。

2. 主刀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, 也知道由此带来的不良后果及风险, 我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询, 并得到了满意的答复。

我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明

(请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样)

我 同意 (填同意) 接受该手术方案并愿意承担手术风险

并授权主刀医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，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: 委托代理人签字:

签字时间: 年 月 日 时 分 签字地点:

我_____ (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: _____

签字时间: 年 月 日 时 分 签字地点:

备 如果患者或委托代理人拒绝签字, 请医生在此栏中说明。

注：1.术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应重新履行告知并签署知情同意书。