

新乡医学院第一附属医院

神经外科手术知情同意书

患者姓名: 	性别: 女	年龄: 11 岁	住院号: 4498504	签署日期: 2018-05-24 16:19
--	-------	----------	--------------	---------------------------

疾病介绍和治疗建议:

医师已告知因患者患有1、蛛网膜囊肿; 2、症状性癫痫; 3、鼻窦炎。需要进行蛛网膜囊肿切除术手术。

【手术目的】引流蛛网膜囊肿液, 减轻对周围脑组织的压迫进而改善症状。

【手术部位】头部

【拟行手术日期】2018-05-25 08:30

【手术方式】蛛网膜囊肿切除术

【拒绝手术可能发生的后果】现有神经压迫症状进一步加重, 严重时出现颅高压症状, 致残甚至危及生命。

术中可能使用的高值医用耗材: 详见内置材料选择知情同意书

☐ 自费 ☒ 部分自费 ☐ 超过千元 (详见使用高值医用耗材告知同意书)

手术潜在风险和对策:

医师告知我如下手术可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术式根据不同病人的情况有所不同, 医师已告诉我有关患者手术的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

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、皮疹等症状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:

特殊风险或主要高危因素: 1)麻醉意外, 呼吸、心跳骤停, 危及生命; 2)术中引起大出血, 休克, 心脑血管意外, 凝血机制障碍, 严重时危及生命危险; 3)根据术中所见情况可能改变原计划手术方式、增加手术方式, 包括去骨瓣减压、脑室外引流术等; 4)术中及术后分流管折端、堵塞及引流不畅, 术后可能出现异物排斥反应, 需再次更换或取出手术; 术后分流效果不满意, 脑室系统未缩小甚至增大, 原有症状未改善甚至加重, 或出现分流过度, 脑室系统狭窄, 需二次手术, 术后脑积水可能转变成脑室积血, 需要进一步手术治疗; 术后由于植入物的排异反应而产生发热、无菌性炎症等, 必要时需将植入物取出; 5)术中邻近重要血管损伤或痉挛, 术后可能出现意识障碍、肢体瘫痪、偏盲、失语、癫痫发作、精神智力障碍等; 6)术后颅内血肿, 恶性脑水肿, 高热、尿崩、水电解质紊乱、脑血管痉挛、脑梗塞、脑积水、硬膜下积液等情况, 严重时可能造成昏迷甚至危及生命, 必要时需二次手术如颅内血肿清除术、去骨瓣减压术、钻孔引流术等; 7)术后可能出现长期昏迷、癫痫、体温调节障碍、应激性溃疡、肢体瘫痪、感觉障碍、大小便障碍、失语、精神症状、性格改变、记忆力障碍等情况, 甚至危及生命; 8)术后切口愈合不良、切口感染、脑脊液漏、颅内感染、切口部位积液等, 严重时可能危及生命, 可能需行换药术、穿刺术、清创缝合术、钻孔引流术等处理; 9)术后可能需行鼻饲、气管切开术、呼吸机辅助呼吸、ICU 监护等; 术后可能出现无菌性炎症、高热、消化道出血、下肢静脉血栓、肺部感染、尿路感染等情况; 术后可能发生心脏、肺脏、肝脏、肾脏等器官功能不全甚至功能衰竭而危及生命; 10)其他系统并发症, 高血压危象、肝功能衰竭、呼吸道感染、梗阻、消化道出血、长期昏迷卧床并发症、营养不良等, 严重者可死亡、泌尿系感染、下肢静脉栓塞; 11)因病灶或患者健康的原因, 终止手术; 其他无法预料的意外及并发症情况, 严重时致死致残。

一旦发生上述风险和意外, 医师会采取积极应对措施。

我已履行知情同意告知义务即: 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。我认为患者或患者委托人

医疗机构名称: 湖南-2012

湖南省医疗机构麻醉知情同意书

已知并了解了上述有关手术情况。

手术者签名: [Redacted] 经治医师签名: 高国军

患者知情选择:

医师已履行知情同意告知义务即: 将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和 risk、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。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式做出调整。我授权医师对手术切除的病变更器官、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。我理解手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

同意手术

患者签名: [Redacted]

如果患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签名: [Redacted]

与患者关系: 父女

病情告知+医患沟通谈话记录
新乡医学院第一附属医院
患者委托知情同意书

2022/3/4 11:32

科别：神经外科一病区	床号：049	住院号：4498504
姓名：付	性别：女	年龄：11岁

尊敬的患者朋友：

依照《中华人民共和国侵权责任法》第五十五条：“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险，替代医疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其书面同意。”

“国务院令 第351号《医疗事故处理条例》第十一条：“在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将病人的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知病人，及时解答其咨询；但是应当避免对病人产生不利后果”；

国家卫计委卫医政发【2010】11号《病历书写基本规范》第十条：“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当向患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，有患者近亲属签署知情同意书，并及时记录、患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。”

为切实履行病人的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请你们根据自己的实际情况，慎重考虑，在下列知情选择书中只能选择一种方式并签字注明。

患者意见

第一种选择：上述告知书内容本人已充分了解，经慎重考虑，我选择自己作为在新乡医学院第一附属医院治疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动知情同意书。
年 月 日 时 分

患者签名：

第二种选择：上述告知书内容本人已充分了解，为有利于本人的疾病诊治和康复，现授权_____
行使本人在新乡医学院第一附属医院治疗期间的知情同意权和选择权。
年 月 日 时 分

患者签名：

本人愿意接受患者_____
的委托，代其行使在新乡医学院第一附属医院治疗期间的知情同意权和选择权。
年 月 日 时 分

被授权人签名：

与患者的关系：

第三种选择：做为患者的合法监护人，上述告知书内容本人已充分了解，我选择自己作为患者在新乡医学院第一附属医院治疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动知情同意书。

患者监护人签名：

与患者的关系：母女。 18年5月15日10时30分

MEIZU 16th
AI DUAL CAMERA