

6. 可供选择的其他治疗方法:

☐ 内科保守治疗

☐ 其他手术

☒ 其他 目前感染初步控制, 血糖控制稳定, 可继续口服抗菌素治疗, 动态随访观察保守治疗。如再次出现局部积脓可再次穿刺引流。

7. 医学是一门经验科学, 还有许多未被认识的领域。患者的个体差异很大, 疾病的变化也各不相同, 相同的诊疗手段有可能出现不同的结果。因此任何手术都有可能达不到预期结果, 出现并发症、损伤、病情恶化甚至死亡。任何手术均存在较高的诊疗风险, 医师会为您解释常见的风险, 有些风险是医务人员和目前医学知识无法预见和防范的, 医师也不能对手术的结果做出任何的保证, 但我们将以良好的医德医术为准则, 严格遵守医疗操作规范, 力争将风险降到最低限度, 达到手术诊疗效果。请您充分了解后自行决定同意或拒绝手术, 也可以选择替代方案。

8. 医师将根据您的授权和同意后按拟定的手术进行, 但不排除术中出现紧急情况或事先无法预计的情况发生, 医师将及时同您的家属联系, 根据出现的情况, 医师将根据专业判断和最有利于您的原则采取必要的处置措施。

9. 您签署本知情同意书后表明已经授权医师处理手术中取下的组织、器官, 病理医师将会进行必要的医学处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

10. 您签署本知情同意书后表明同意学习者在手术过程中进行观摩, 拍摄不注明您身份的照片 (有可能将其发表) 作为医疗和教学的用途。

医师声明:

我已经以患者所能理解的方式告知患者目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其他治疗方法等相关事项, 给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

医师签名 张帆 签名日期 2020 年 4 月 27 日 16 时 00 分

患方意见:

我的医师已经告知我将要进行治疗方式必要性、步骤、成功率、治疗及治疗后可能或发生的风险和并发症、不实施该医疗措施的风险, 操作中或操作后可能发生疼痛, 及产生疼痛后的治疗措施, 我经慎重考虑, 已充分理解本知情同意书的各项内容, 愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症, 并选择本手术治疗 (而非替代方案中的手术)。

患者签名 签名日期 2020 年 4 月 27 日 16 时 00 分

如果患者无法或授权他人签署知情同意书, 请其代理人签名。

代理人签名 签名日期 年 月 日 时 分

与患者关系 (☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属 ☐ 朋友 ☐ 其他)