

开颅颅内肿瘤切除术知情同意书

姓名: 病區: 性別: 出生日期: 床号: 住院号:

患者姓名: 年龄: 出生日期: 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我的 1. 右侧额叶出血 2. 脑疝 3. 蛛网膜下出血 4. 右侧脑胶质瘤术后 5. 脑出血术后状态 6. 右侧额颞部手术后颅骨缺失 7. 双侧胸腔积液, 需要2021年9月26日在气管插管麻醉下进行右侧颞额叶病损切除术手术。

颅内肿瘤是神经外科最常见的疾病之一, 分为原发和继发两大类。原发性颅内肿瘤可发生于脑组织、脑膜、颅神经、垂体、血管及胚胎残留组织等。继发性肿瘤指身体其他部位的恶性肿瘤转移或侵入颅内形成的转移瘤。肿瘤病因尚不明确, 目前认为, 诱发肿瘤发生的因素有: 遗传因素、物理因素、化学因素和致癌病毒。颅内肿瘤常引起颅内压增高及对周围脑组织造成压迫或破坏而出现神经系统定位症状。如果不治疗, 随着肿瘤的逐渐长大, 可引起颅内压进行性增高, 当肿瘤囊性变或瘤内出血时, 可表现为急性颅内压增高, 严重者或肿瘤晚期者常有脑疝形成。这常是导致病人死亡的直接原因。

颅内肿瘤的治疗方法很多, 手术在当今仍然是颅内肿瘤最常采用也是最为有效的治疗方法。手术目的是缓解颅内高压, 减轻对周围脑组织的压迫进而改善症状, 明确病理诊断, 为进一步治疗提供基础。具体的手术技巧根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容。手术潜在风险和对策:

医生告知我如下开颅颅内肿瘤切除术可能发生的一些风险, 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, 包括轻度的恶心、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和医生:
 - 1) 术中大出血、弥漫性血管内凝血, 手术无法进行, 休克甚至死亡。
 - 2) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术。
 - 3) 术中急性脑膨出, 严重时可导致死亡。
 - 4) 术中根据具体情况决定是否行扩大去骨瓣减压。
 - 5) 术后可能出现意识障碍、肢体瘫痪、偏盲、偏身感觉障碍、失语、癫痫发作、精神智力障碍等。
 - 6) 丘脑下部损伤, 长期昏迷、消化道出血、高热、尿崩、水电解质紊乱, 严重时可有生命危险。
 - 7) 占位肿瘤不能完全切除或不能切除, 术后残留、复发, 需进一步放疗等治疗或再次手术治疗。
 - 8) 原有症状、体征不改善, 甚至反而加重, 诱发原有疾病恶化。
 - 9) 术后病理结果回报恶性, 需放化疗且远期预后差。

镇江市第一人民医院（江苏大学附属人民医院）

开颅颅内肿瘤切除术知情同意书

姓名： 病区： 性别： 出生日期： 床号： 住院号：

- 10) 术后脑脊液漏，必要时二次手术修补。
 - 11) 术后颅内血肿，恶性脑水肿，必要时再次开颅手术或去骨瓣减压，遗留局部颅骨缺损，影响外观。
 - 12) 术后颅内感染，严重者需反复腰穿或行腰穿置管引流，增加住院时间及费用。
 - 13) 术后现有基础病突然加重，或术后急性或慢性心、肺、肝、肾等重要器官功能衰竭而危及生命。
 - 14) 术后病理结果与术中快速病理结果不符，可能需二次手术。
4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓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。

特殊风险

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：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

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：

颅内肿瘤手术治疗

手术目的： 切除肿瘤，延长生命

手术部位： 右侧半球

拟行手术日期：

拒绝手术可能发生的后果： 肿瘤继续增长，颅内高压，心跳呼吸骤停，生命危险

高值医用耗材（术中可能使用的高值医用耗材）： 详见植入物同意书

患者知情选择

我的医生已经告知我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。

我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

我理解我的手术需要多位医生共同进行。

我并未得到手术百分之百成功的许诺。

我授权医师对手术切除的病变器官、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

如果患者无法签署知情同意书，请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

开颅颅内肿瘤切除术知情同意书

姓名：

开颅颅内肿瘤切除术知情同意书

姓名: [REDACTED] 病区: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 出生日期: [REDACTED] 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

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、可能存在的其它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