

昆明市儿童医院皮肤科手术知情同意书

患者姓名

出生 2012 年 10 月 21 日

性别 女

科 室

ID 号或住院号

床号

临床诊断: 双下肢皮疹待查

拟行的手术名称: 皮肤活检术

施行该治疗目的 ☐ 祛除病灶 ☒ 取材病检 ☐ 改善外观 ☐ 其他:

如不施行该治疗,可能会导致:

诊断不清

根据患者的病情,需要进行上述手术。该手术是一种有效的治疗手段,一般来说,该手术过程是安全的,但由于手术具有创伤性和风险性,因此医师不能保证该手术的效果,但我们将竭尽全力为患者提供优质的服务,科学、认真、严肃、谨慎地进行此项手术。请您认真阅读和理解这份知情同意书,有不理解的地方,可向医生咨询,直至理解,感谢您的合作。

该手术潜在风险:

该手术存在发生风险的可能,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术方式根据患者的情况不同而有所不同。因个体差异及某些不可预料的因素,术中可能会发生意外和并发症,现告知如下,包括但不限于:

1. 麻醉意外。
2. 伤口感染。
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。
4. 术中心脑血管意外。
5. 术中呼吸道梗阻。
6. 术中、术后出血。
7. 术后复发。
8. 术后局部形态改变,术后瘢痕,影响美观。
9. 病检如为恶性还需进一步治疗,必要时需再次手术和(或)其他辅助治疗。
10. 术中如需皮肤移植修复缺损者,可能出现皮瓣或皮片坏死。
11. 其它: ☒ 无 ☐ 有

个人信息的保密

您的医疗记录将完整的保存在您就诊的医院。医生会将化验和其他检查结果记录在您的病历上。研究者、伦理委员会和药品监督管理部门将被允许查阅您的医疗记录。任何有关本项研究结果的公开报告将不会披露您的个人身份。我们将在法律允许范围内尽一切努力保护您的个人资料信息。按照医学研究伦理,除了个人隐私信息外,试验数据将可供公众查询和共享,查询和共享将只限于基于网络电子数据库,保证不会泄露任何个人隐私信息。

医生陈述:

我已经告知患者家属将要进行的手术方式,此次手术可能发生的并发症和风险、可以替代的其他治疗方法,并解答了患者家属关于此次手术的相关问题。

医生签名: 刁

签名时间: 2021 年 11 月 11 日 08 时 00 分

患者家属意见

我已详细阅读以上内容,对医师的告知表示完全理解。我同意医院术前、术后及手术进程中的病变部位医学摄影,照片与底片所有权属于医院,并且同意照片不署名的用于学术讲座、内部交流、发表论文和科研教学。经慎重考虑,我决定:

☒ 同意此项手术 ☐ 不同意此项手术 ☐ 其他。

我明白在此手术中,遇有不可预见的情况时,可能需要变更手术方案或附加其他操作。我授权医师在遇有紧急情况时,为保障患者的生命安全实施必要的救治措施,并保证承担所需全部费用。

患者家属签名

与患者关系:

签名时间: 2021 年 11 月 11 日 08 时 40 分

如果没有患者家属签名，只能由其他人员代替签名，请说明理由：

☐ 患者家属书面授权 ☐ 其他情况•

备注：•需填写以下内容

本人见证了医务人员对患者家属进行了上述告知。

见证人签名：

签名时间： 年 月 日 时 分

联系方式：