

关节置换手术知情同意书

1 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次手术操作有关的任何疑问，决定是否同意进行手术或操作。

2 由于已知或未知的原因，任何手术或操作都有可能：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡。您有权知道此次手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本手术/操作。

3 您的主诊医生是：洪剑飞 您的经管医生：林道超

术前诊断：1.右侧股骨头无菌性坏死；2.左侧全髋关节置换术后

拟施行手术/操作名称：右侧全髋关节置换术

需要分次手术：☐是☒否

4 医生会给您解释：

4.1手术/操作的性质、目的、预期的效果：

关节置换，疼痛等症状缓解

4.2告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险：

4.2.1 手术中可能出现的意外和危险性：

- 1) 麻醉意外
- 2) 难以控制的大出血
- 3) 药物过敏
- 4) 导致死亡或无法挽回的脑死亡
- 5) 术中心跳呼吸骤停
- 6) 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案
- 7) 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤，将导致患者残疾或带来功能障碍
- 8) 其它：
 - (1)术中软组织及骨髓腔出血可能较多，或因意外损伤血管出现大出血，导致休克，甚至死亡；
 - (2)术中可能因意外而损伤周围神经，导致感觉、运动功能障碍症状加重；
 - (3)术中可能根据具体情况改变手术方案，如：术中发现局部组织有感染征象，或局部骨质疏松而不足以适应假体固定等情况；
 - (4)因患者解剖特征或局部病理改变，可能使术中假体安装困难，甚至致髌白（胫骨）及股骨骨折；
 - (5)术中若须使用骨水泥，可能出现骨水泥毒性反应，如：心血管抑制反应（低血压休克）、胃肠道反应，甚至可能猝死；术后可能并发慢性骨水泥病。

4.2.2 手术后可能出现的意外及并发症：

- 1) 术后出血；
- 2) 局部或全身感染
- 3) 切口裂开
- 4) 脏器功能衰竭（如弥漫性血管内凝血）
- 5) 水电解质平衡紊乱
- 6) 术后气道阻塞
- 7) 呼吸、心跳骤停
- 8) 诱发原有疾病恶化
- 9) 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符
- 10)再次手术
- 11)其它
 - (1)术后关节腔可能积血，切口可能渗血、出血，并且可能出现大片皮下瘀斑；
 - (2)手术部位可能并发急、慢性深部或浅部感染，甚至可能形成溃疡、窦道、软组织缺损或骨髓炎；若感染累及关节，需再次手术治疗，行关节冲洗、引流、清理，甚至需取出假体；
 - (3)手术部位软组织内可能并发异位骨化症；

关节置换手术知情同意书

(4)术后可能并发双下肢深静脉血栓,导致患肢肿胀、缺血,甚至坏死;若血栓脱落可能

(5)导致异位组织、脏器栓塞;

(6)术后因肢体活动减少、卧床时间延长,可能出现坠积性肺炎、褥疮、废用性骨质疏松、血栓闭塞性脉管炎、泌尿系感染等并发症;

(7)术后假体周围可能出现骨溶解的X线征像,假体可能出现缓慢的松动、下沉、磨损现象。若遭遇意外暴力可能导致假体断裂或股骨(胫骨)干骨折;

(8)术后不恰当的体位或功能锻炼会导致人工关节脱位;

(9)术后因手术部位组织疤痕形成,致肌腱、肌腹、神经、血管、骨髓及皮肤局部形成组织粘连,可能导致肢体挛缩及神经、血管受压,进而引起患肢感觉、运动功能障碍及血运障碍,并且可能引起患肢活动受限、隐痛或不舒适;

(10)手术效果可能不理想,症状无明显改善或症状改善后又复发;

(11)术后切口可能延迟愈合或不愈合,切口愈合后必然有疤痕形成,甚至可能形成增殖性疤痕或疤痕疙瘩;

(12)术后须在医师指导下进行关节功能锻炼,特殊情况下可能需辅助外固定或牵引治疗;

(13)其他难以预料的严重情况或预计到但无法避免的意外情况出现,导致病情加重。

4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全,使治疗过程顺利完成。具体措施为:

4.3.1 术前:①术前:认真评估病人,选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查,如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。

4.3.2 术中:①严密监测生命体征变化,保持生命体征平稳,备齐各种急救设备,随时处理术中出现的各种情况;②仔细操作,动作轻柔、准确,③严密止血。

4.3.3 术后:严密监测生命体征及手术部位变化,并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗

4.3.4 必要时请相关科室会诊协助治疗。

4.3.5 其它

4.4 可供选择的其它治疗方法:保守治疗

您选择的治疗方案:全髋关节置换

5 本操作需要使用单价≥200元人民币的一次性材料,如需植入内置物,您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型:关节假体

6 您的主刀/操作医生是:洪剑飞,助手:林道超,胡天野 手术/操作小组成员包括主刀/操作医生及助手、麻醉师和手术室护士,必要时邀请病理及放射医生。

7 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行,术中如有紧急或事先没有预料的情况发生,医生将及时与家属取得联系,根据出现的情况,医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

8 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品,他/她将会告诉您有关输血或血液制品的风险、利弊,这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此,您有权同意或拒绝接受输注血液或血制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

9 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置和科学研究。

10 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩,也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

11 为了确保您对上述内容的准确理解,在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前,医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问,希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;

② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;

关节置换手术知情同意书

③ 您已经得到了有关手术/操作的相关信息；

④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

谈话医生：[REDACTED] 日期：2021 年 7 月 28 日 9 时 0 分

签名：[REDACTED] 日期：2021 年 7 月 28 日 9 时 30 分

☒患者本人 ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属同事 ☐朋友 ☐其他