

福建中医药大学附属第二人民医院

手术知情同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别 男 年 龄 65 岁

病 区 住院神经外科 床号 4-41 住院号 [REDACTED]

术前诊断 右额颞顶枕颅骨缺损

拟定手术方式 右额颞顶枕颅骨缺损修补术

拟行麻醉方式 气管插管静脉全麻

拟定手术日期 2021年07月01日

一、手术风险告知

根据您的病情，您需要进行上述手术治疗（以下称手术），该手术是一种有效的诊断、治疗手段，一般来说是安全的，但由于手术具有创伤性和风险性，以及现有医学科学技术条件的限制、个体差异和某些不可预料的因素，术中和术后可能会发生的医疗意外及并发症包括但不限于：

1、麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；

2、手术中可能会根据病情变化再确定或者变更手术方式，届时医师将征求患者家属意见，如情况危急无法征得患者家属意见，医师将按医疗原则从维护患者最大利益角度出发做出决定；

3、术中、术后大出血，严重者可致休克，危及生命安全；

4、术中因解剖变异、严重粘连，为了达到治疗目的，可能无法避免地损伤周围组织器官、神经、血管等；

5、伤口并发症：出血、血肿、脓肿、感染、裂开、不愈合；

6、栓塞，严重者可导致昏迷及呼吸衰竭，危及生命安全；

7、因患者特殊病情（危重、复杂、全身条件差）、个体差异，手术中、手术后可能发生隐形疾病的突发，多器官功能衰竭（如心功能衰竭、呼吸衰竭、肝功能衰竭、肾功能衰竭、DIC等）或者难以预料的病情变化，可危及生命；

8、呼吸、循环系统、脑部等并发症，

9、脏器功能衰竭，弥漫性血管内凝血（DIC）；

10、除上述情况外，本手术可能发生的其它并发症或需提请患者及亲属注意的其他事项，如：

① 术后脑膨隆不全，导致头皮下积血、积液；

② 术后头皮下感染，皮下积脓，需手术摘除颅骨钛网及钛钉；

③ 术后局部颞肌萎缩，影响咀嚼及外观；

④ 术后局部头皮感觉异常；

⑤ 术后疤痕形成，局部毛发缺失，影响美观；

⑥ 术后因外伤导致修补钛网塌陷造成脑损伤，需行相关手术治疗；

⑦ 术后因局部头皮张力大，导致头皮坏死，钛网外露，导致感染，需再次手术摘除颅骨钛网及钛钉。

医师签名：林平油

日期：2021年 06月 30日 9时 40分

二、患方声明

1、医师已向我解释，并且我已经了解实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、成功率的相关信息，不实施该医疗措施的风险；

2、医师已向我解释，并且我已经了解选择其它医疗措施的风险；

3、针对我的情况，我已向医师提出疑问，并获得解释说明；

4、我明白除了医生告知的危险以外，医疗方案实施中有可能出现其它危险或者预想不到的情况，在此我授权医师，在遇到预料之外的紧急、危险情况时，从本人利益角度出发，按照医疗常规予以处理。

基于以上声明，我 同意 （同意或者不同意）对我实施该手术。

患者或法定监护人：

或患者委托代理人：

患者家属：

与患者关系：夫妻

日期：2021年 6月 30日 9时 40分

三、术中发现及补充签名

术中发现：_____

治疗建议：_____

（备注：以上手写部分请患方签名确认）

医师签名：_____日期：_____年 _____月 _____日 _____时 _____分

受委托人意见：_____

受委托人签名：_____

与患者关系：_____日期：_____年 _____月 _____日 _____时 _____分