

手术知情同意书

姓名: 性别: 年龄: 床号: 住院号: 科别:

2017-02-16 16:52

手术知情同意书

病史介绍和治疗建议

患者 因“反复肢体抖动10年，加重伴跌倒4天”入我科神经内科。今因腰椎压缩性骨折转入我科。目前诊断：1.L2新鲜压缩性骨折2.严重骨质疏松3.腰椎间盘突出(L1/2) 4.颈椎病 5.高血压病 3级 很高危 6.冠状动脉粥样硬化性心脏病 7.2型糖尿病 糖尿病周围神经病变 8.腔隙性脑梗死 9.椎基底动脉供血不足 10.脂肪肝 11.痔疮 12.帕金森病。针对L2新鲜压缩性骨折，经科室讨论，提出以下治疗方案：1.保守治疗2.经皮穿刺椎体成形术PKP3.经皮穿刺椎体后凸成形术PKP。患者及家属对上诉情况表示知情理解，要求选择方案：PKP

胸腰椎压缩性骨折：多发生在老年人，且多在骨质疏松基础上发生。

病理骨折：多见于原发性肿瘤骨转移

手术方式：L2经皮穿刺椎体后凸成形术PKP

手术目的：姑息性解决患者骨折造成的疼痛、不能站立行走症状，避免椎体塌陷损伤脊髓，改善患者生活质量，若为肿瘤，骨水泥可部分杀灭肿瘤细胞延缓其生长。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下经皮穿刺椎体成形术可发生的一些风险，有些常见的风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据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.我理解此手术不存在以下风险和局限性：

1) 此手术性质为姑息性，以解决患者骨折造成的疼痛、不能站立行走症状，改善患者生活质量，如为原发性肿瘤骨转移，对延长病患生命无帮助。

2) 实施手术椎体得到治疗后，邻近椎体继发骨折的几率明显增高。

3) 手术只能改善局部症状，此类患者多合并脊柱其他病损，由其他原因造成或继发无法解决。(例如：胸腰椎骨折合并腰椎管狭窄致下肢疼痛、下肢神经症状；无法通过实施骨折部分手术得到缓解)

4) 穿刺损伤脊髓、神经根导致相应后果，甚至截瘫。穿刺导致硬膜囊感染，出现严重并发症。骨水泥外溢或脱出，损伤硬膜囊、神经根，出现截瘫、神经损伤后果。麻醉并发症和麻醉意外，严重者导致休克，危及生命。

5) 术中应用造影剂过敏反应，过敏性休克死亡。

6) 椎管内血肿形成，出现相应后果；

7) 患者不能配合手术治疗，终止手术。

手术知情同意书

姓名: 性别: 年龄: 床号: 住院号: 科别:

4.我理解如果我有高血压、心脏病、呼吸系统等疾病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张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。

特殊风险或主要危险因素

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。

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、可能存在的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。

医生陈述 我已告知如果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:

