



手术知情同意书

姓名 生别:男 年龄:27岁 住院号:F 科室:脊柱外科病区

一、医师告知事项

(一) 术前诊断

颈胸椎椎管内肿瘤

(二) 拟行医疗方案

颈胸椎椎管内肿瘤病灶清除内固定术

(三) 替代医疗方案

根据患者病情, 目前我院主要有如下治疗方法和手术方式: 保守治疗

(四) 拟行医疗方案的目的

解除脊髓神经压迫, 稳定脊柱。

(五) 拒绝手术可能发生的后果

症状持续或加重, 脊髓进一步受压导致四肢瘫痪, 大小便障碍

(六) 患者自身存在高危因素

☒ 高龄 ☐ 高血压 ☐ 糖尿病 ☐ 冠心病 ☐ 其他:

(七) 术中或术后可能出现的并发症、手术风险

☒ 1、术中或术后出现循环系统或呼吸系统等全身并发症, 如心血管意外、呼吸衰竭、脑血管意外、肺部感染、泌尿系感染、应激性溃疡等。

☒ 2、术中损伤大血管, 致出血性休克甚至死亡。

☒ 3、术中损伤脊髓、马尾、神经根, 致不全瘫或全瘫。

☒ 4、术中损伤脊柱邻近重要结构, 如周围神经、肺组织、胸膜、气管、胸导管、食管、腹膜、输尿管等, 导致声嘶、血气胸、食道瘘、呼吸困难等相应并发症。

☒ 5、术中损伤硬脊膜, 导致脑脊液漏、囊肿形成甚或蛛网膜下腔感染等。

☒ 6、术中骨水泥渗漏导致脊髓、马尾损伤, 严重者骨水泥中毒或栓塞导致生命危险。

☒ 7、术中根据病情变化, 改变手术方式和内固定类型。

☒ 8、术后伤口皮肤坏死、感染, 包括伤口感染、深部感染如椎间盘炎、椎管内感染以及呼吸、泌尿系统感染等。

☒ 9、脊柱病灶(肿瘤、结核等)因广泛浸润, 无法彻底切除, 病灶可能复发或远处转移、播散。

☒ 10、脊柱畸形无法完全纠正, 内固定位置不理想。椎体滑脱或骨折移位也不一定能完全复位。

☒ 11、术后植骨块脱出、后路椎管成形术后再关门, 内固定松动, 需再次手术。

☒ 12、术后引流不畅需要重新放置引流管, 血肿压迫神经血管等重要器官或吸收障碍需再次手术。

☒ 13、术后人工骨、同种异体骨等生物植入材料产生排斥反应, 导致手术失败。

☒ 14、术后骨延迟愈合、骨不愈合等导致融合失败, 内固定物断裂和松动, 需再次手术。

☒ 15、术后神经根粘连、疤痕形成压迫导致神经功能障碍, 或继发椎管狭窄、医源性椎节不稳、邻椎病等。

☒ 16、原脊髓神经功能损伤难以恢复, 术后肢体功能恢复不理想。

☒ 17、脊髓血流再灌注损伤是手术最严重而复杂的并发症之一, 可致瘫痪, 仅少数患者能康复, 但康复时间长, 且费用高, 难以估算。

住院ID: 第 1 页 打印时间: 2020-03-24

打印号: 3PTLD-F0

手术知情同意书

姓名: 性别:男 年龄:27岁 住院号: 科室:脊柱外科病区

☐ 18、供骨区疼痛。☒ 19、深静脉血栓形成以及血栓栓塞性疾病,如肺栓塞、脑梗塞等。☒ 20、围手术期可能因为患者本身存在心、脑、肺等重要器官疾病而随时出现意外,甚至出现生命危险。☒ 21、其他:1.症状可能需要较长时间才能缓解,甚至不能完全缓解或加重,术后需要长期功能康复锻炼。2.神经根、脊髓损伤,可能导致瘫痪。3.术后出院需要遵从医院安排。4.严重的心肺脑并发症。5.术后伤口愈合不良、感染等,如发生感染,需再次手术拆除内固定物,所需费用大。6.内固定下沉、松动、脱出需再次手术等。7.营养欠佳引发伤口愈合不佳或延迟愈合等并发症。8.麻醉意外等。9.围手术期出现脑血管病变、心脏病变等风险较高;10.病灶清除不彻底或复发。

(八) 医师声明

我们将以高度的责任心,认真执行手术操作规程,做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施,一旦发生手术意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异,意外风险不能做到绝对避免,且不能确保救治完全成功,可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,恳请理解。

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款,我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

经治医师签字

签字时间 2020年 3月 24日 11时 00分

术者签字

签字时间 2020年 3月 24日 11时 00分

二、患者及委托代理人意见

医师向我解释过我的病情及所接受的手术,并已就 (请填第 () 到 () 页) 医疗风险向我进行了详细说明。我了解手术可能出现的风险、效果及预后等情况,并知道手术是创伤性治疗手段,由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响,术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况;医师向我解释过其他治疗方式及其风险,我知道我有权拒绝或放弃此手术,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询,并得到了满意的答复。

我同意 (填同意) 接受该手术方案并愿意承担手术风险。

患者或被委托人签名: 时间 2020年 3月 24日 时 分

家属签名: 与患者关系 夫妻 时间 2020年 3月 24日 时 分

我 (填不同意) 接受该手术方案,并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。

患者或被委托人签名 时间 年 月 日 时 分

家属签名 与患者关系 时间 年 月 日 时 分

备注: 由于医疗技术水平发展的局限和个体差异,存在医务人员难以预知的风险,故诊疗过程中实际出现的风险不限于上述说明内容

知情同意书

患者 [REDACTED] 男，27 岁，因患“颈胸段椎管内血管内乳头状血管内皮增生”在我科住院治疗。因该疾病罕见，国内外对其诊断及发病机制方面仍存在较大争议，我们将诊治过程进行病例报道，对该类疾病的进一步研究有较大的意义。对该病例的报道，我们做出以下声明：

1. 病例仅用于医学交流、不作其他用途；
2. 文章包括图片不含患者姓名等，不泄露病人信息；
3. 患者家属同意病例发表并签名。

患者签字： [REDACTED] 签字时间： 2020-3-24

家属签字： [REDACTED] 关系： 夫妻 签字时间： 2020-3-24