

手术知情同意书

患者姓名 性别 年龄 岁 科室二病区 床号 病历号200860974

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我,患者患有 右髂骨肿物,需要在腰硬联合麻醉下进行 肿物切除术+植骨术 手术,手术目的:①解除骨折疼痛,以利患者早期活动,减少长期卧床并发症。

预期效果:①早期活动 ②疾病进展获得控制/部分控制/未控制

③症状完全缓解/部分缓解/未缓解

④其他

手术潜在风险告知:

手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等元素,绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。又由于已知和无法预见的原因,本手术有可能会发生失败、并发症、损伤临近器官或某些难以防范和处理的意外情况手术仍有可能发生如下医疗风险:

1. 麻醉过程中,可能发生呼吸、心脏骤停等意外危险。

2. 手术过程中,因病变浸润、炎症,解剖异常等因素,可能发生术中难以控制的出血,并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能,手术中发现病变不能切除,则行姑息性手术或仅作探查。

3. 术后可能发生切口感染、化脓、瘻或窦道形成,切口不愈合,组织或器官粘连,术后再出血或再次手术的可能以及心、术后根据病理结果需再次手术。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险,一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害的不良后果。

患者知情选择:

1. 医生已经告知我将要进行的手术方式,此次手术中及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在其他的治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题,我同意已拟定的手术方案。2. 我同意在操作中医生可以根据患者病情对预定的手术方式做出调整。3. 我理解此项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。4. 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理性检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者(近亲属/监护人/代理人)签名: 签名日期: 年 月 日

医务人员陈述:

我已经告知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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医务人员签名: 签名日期: 2017 年 04 月 20 日

