

Consent form

I [Name] give my consent for information about myself/my child or ward/my relative (circle as appropriate) to be published in World Journal of Clinical Cases, corresponding author: Hui-ping Zhong.

I understand that the information will be published without my/my child or ward's/my relative's (circle as appropriate) name attached, but that full anonymity cannot be guaranteed.

I understand that the text and any pictures or videos published in the article will be freely available on the internet and may be seen by the general public. The pictures, videos and text may also appear on other websites or in print, may be translated into other languages or used for commercial purposes.

I have been offered the opportunity to read the manuscript.

Signing this consent form does not remove my rights to privacy.

Printed Name:

Signature: Date: 21.1.5

Author Printed name : Hui-ping Zhong

Signature: Hui-ping Zhong Date: 01/05/21

Please keep this consent form in the patient's case files. The manuscript reporting this patient's details should state that 'Written

informed consent for publication of their clinical details and/or clinical images was obtained from the patient/parent/guardian/relative of the patient. A copy of the consent form is available for review by the Editor of this journal.



上海交通大学医学院附属瑞金医院

Rui Jin Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine

皮肤科手术知情同意书

患者信息:

姓名:王莉 性别:女 年龄:30 住院号:z835643
病区名称:皮肤科病区 床号:123 入院日期:2020.07.01 10:4
手术前检查结果:
手术(操作)前拟诊:妊娠疱疹
拟定手术(操作)名称:皮肤活检术

告知内容:

手术治疗是一种创伤性的治疗手段,也是一种有效的治疗手段,一般来说,手术和麻醉是安全的,但术中和术后可能发生以下意外情况和并发症,严重者可能危及生命,

- 1、麻醉相关的危险性由麻醉师另行告知。
- 2、术中、术后出血;严重者可能导致休克,危及生命。
- 3、术中损伤神经、血管及邻近器官,影响功能。
- 4、伤口部血肿、积液、感染、裂开、瘻管及窦道形成。
- 5、瘢痕形成影响功能,影响美观。
- 6、心脏并发症,严重者可能危及生命。

如发生以上并发症,医护人员将尽力抢救,望病者家属给予理解,协助做好抢救工作。

以上事项已告知患者(或委托人),患者(或委托人)对以上情况表示完全理解,愿意承担各项风险,同意手术(操作),并在本知情同意单签字为证。

替代医疗方案:

对上述手术风险及并发症,如患者或委托人不理解可以向医生咨询,在充分理解以后决定是否选择手术治疗或按替代医疗方案实施。请在文本上写明意见并签名。

注意事项:

- 1、若患者(或委托者)确实还不理解以上谈话内容或难以接受可能出现的严重后果,请不要签名并暂缓手术。
- 2、患者(或委托者)应明确:凡在本记录签名后,表明患者(或委托人)已完全明白上述意外和并发症发生的可能性,并对此有充分的思想准备,请慎重考虑后填写。
- 3、本同意书具有法律效应,可以作为法庭呈供证据。

术中发生意外情况,再次与家属谈话:

以上事项已告知患者(或委托人或单位),对以上情况表示完全理解

☐患者 ☐委托人 ☒单位意见(同意)

签字:

与患者关系:

经治医师签名:

手术医师签名:

谈话日期:

日期:



上海交通大学医学院附属瑞金医院
Rui Jin Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine

皮肤手术知情同意书

患者信息:

姓名: [REDACTED]

病区名称: 产科病区 床号: 1208 出生日期: 2020.08.14

诊断: 大疱性疾患 (其母有妊娠类天疱疮)

拟定手术(操作)名称: 皮肤活检术

告知内容:

手术治疗是一种创伤性的治疗手段,也是一种有效的治疗手段,一般来说,手术和麻醉是安全的,但术中 and 术后可能发生以下意外情况和并发症,严重者可危及生命。

1. 麻醉相关的危险性由麻醉师另行告知。
2. 术中、术后出血;严重者可致休克,危及生命。
3. 术中损伤神经、血管及邻近器官、影响功能。
4. 伤口血肿、浆液肿、感染、裂开、瘻管及窦道形成。
5. 瘢痕形成影响功能,影响美观。
6. 心脏并发症,严重者可危及生命。

如发生以上并发症,医护人员将尽力抢救,望病者家属给予理解,协助做好抢救工作。以上事项已告知患者(或委托人),患者(或委托人)对以上情况表示完全理解,愿意承担各项风险,同意手术(操作),并在本知情同意单签字为证。

替代医疗方案:

对上述手术风险及并发症,如患者或委托人不理解可以向医生咨询,在充分理解以后决定是否选择手术治疗或按替代医疗方案实施。请在文本上写明意见并签名。

注意事项:

1. 若患者(或委托者)确实还不理解以上谈话内容或难以接受可能出现的严重后果,请不要签名并暂缓手术。
2. 患者(或委托者)应明确:凡在本记录签名后,表明患者(或委托人)已完全明白上述意外和并发症发生的可能性,并对此有充分的思想准备,请慎重考虑后填写。
3. 本同意书具有法律效应,可以作为法庭呈供证据。

术中发生意外情况,再次与家属谈话:

2020-8-14



上海交通大学医学院附属瑞金医院

Rui Jin Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine

剖宫产术前谈话记录

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 30 住院号 [REDACTED] 日期 2020-8-10
临床诊断 妊娠合并糖尿病 妊娠合并子宫手术指征 妊娠合并糖尿病 瘢痕子宫
敬辰

剖宫产手术潜在风险

医生告知我如下剖宫产手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据不同病人的情况有所不同。

- 1) 待产过程中，尽管医护人员采取了常规监护胎儿的措施，但仍有极个别情况会突然出现不明诱因胎动消失、胎心变化，继而胎儿死亡。
- 2) 根据情况需要，按照产科操作常规，实施各种治疗后，极个别产妇会出现药物中毒、过敏或过敏反应。抢救无效会危及母、婴生命，甚至导致死亡。
- 3) 我了解任何手术麻醉都存在风险（另附麻醉知情同意书）。
- 4) 我了解术中、术后可能出现大出血，严重者可能导致休克，子宫切除，危及生命。
- 5) 我了解术中存在损伤神经、血管及邻近器官可能。
- 6) 我了解发生宫内感染、腹部及子宫切口感染、裂开、不愈合、瘘管及窦道形成风险。
- 7) 我了解脂肪、羊水栓塞：严重者可引起产时产后大出血最终导致昏迷及呼吸衰竭，危及生命。
- 8) 我了解呼吸并发症可能：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等。
- 9) 我了解心脏并发症可能：心律失常、心肌梗塞、心衰、心跳骤停。
- 10) 我了解术后肠粘连、肠粘连和肠梗阻的可能性。
- 11) 我了解尿路感染及肾衰可能。
- 12) 我了解血栓性静脉炎，已预防栓塞、脑梗塞的可能。
- 13) 我了解多脏器功能衰竭（包括弥散性血管内凝血）发生可能：剖宫产儿因未经产道挤压，易发生胎儿宫内窘迫，新生儿窒息及肺炎，新生儿面神经损伤，新生儿缺血缺氧性脑病，新生儿窒息复苏后遗留脑损伤而出现智力损害、肢体功能障碍，新生儿窒息复苏不成功导致新生儿死亡，我了解以上存在的可能性。
- 14) 我了解胎儿入盆深及胎头浮动者。术中可能需要产钳助产，此时兼有剖宫产和产钳产的并发症。

已了解



上海交通大学医学院附属瑞金医院

Rui Jin Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine

- 15) 我了解剖宫产术后,如果产妇希望再次怀孕,需要等两年以后。
- 16) 我了解剖宫产术后避孕失败,流产风险加大及瘢痕妊娠的风险。术后再次妊娠存在前置胎盘、胎盘植入、子宫破裂风险。
- 17) 我了解皮肤横切口美观,但可能出现胎儿娩出困难,增加窒息风险。
- 18) “社会因素”要求剖宫产,建议孕妇阴道试产,但本人及家属拒绝阴道分娩,要求剖宫产,并愿意承担手术风险。
- 19) 我了解剖宫产术中若发现子宫、附件占位,根据术中情况决定是否手术,若手术后有复发可能。
- 20) 我了解剖宫产术后可能发生子宫内粘连异位症。
- 21) 我了解术后如出现异常情况,必要时需再次剖腹。

患者知情选择

我的医生已经告知我剖宫产过程中及产前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相关问题。

我理解在手术过程中胎儿面临的风险及窒息的可能,同意医生对窒息新生儿进行抢救,同意必要时转院治疗。

我同意手术过程中使用产钳娩出胎儿。我同意在分娩过程中医生可以根据我的病情对预定的方式做出调整。

我理解我的分娩过程中需要多位医生共同进行。

我并未得到百分之百成功的许诺。

上述内容已了解

患者手写 23/11

患者签名

签名日期 2023 年 8 月 13 日

患者配偶签名

签名日期 年 月 日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签字:

医生签名

签名日期 年 月 日