

山东第一医科大学第二附属医院

手术知情同意书

患者姓名

科别 足踝外科

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有色素沉着绒毛结节性滑膜炎,需要在腰硬联合麻醉麻醉下进行滑膜切除术手术。

手术目的: 切除滑膜,病理检查明确性质,进一步治疗

预期效果: 效果差,视术后病理结果,疾患极易复发,有进一步放化疗的可能。

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下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,具体的手术式根据不同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. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策:
 - 1) 麻醉并发症,严重者可致休克,危及生命;
 - 2) 术中、术后大出血,严重者可致休克,危及生命;
 - 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式;
 - 4) 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合,瘘管及窦道形成;
 - 5) 脂肪栓塞: 严重者可致昏迷及呼吸衰竭,危及生命;
 - 6) 呼吸并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
 - 7) 心脏并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停;
 - 8) 尿路感染及肾衰;
 - 9) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫;
 - 10) 精神并发症: 手术后精神病及特别的其他精神问题;
 - 11) 血栓性静脉炎,以致肺栓塞、脑栓塞;
 - 12) 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血);
 - 13) 水电解质平衡紊乱;诱发原有疾病恶化;
 - 14) 肿瘤复发可能
- 15) 我科切除术将尽量保证切除范围,而导致肌肉切除后影响肢体功能,如与周围血管、神经粘连

致其损伤,影响肢体功能,疾患极易复发,有进一步放化疗的可能。

- 16) 极易复发,可能需再次手术,扩大切除范围,或者放、化疗等进一步治疗;
- 17) 因病灶或患者健康的原因,终止手术;
- 18) 病灶切除不全,或肿瘤残体存留;
- 19) 术中损伤神经、血管及邻近器官;

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓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。

特殊风险或主要高危因素

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。

山东第一医科大学第二附属医院

手术知情同意书

替代医疗方案

患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作切除的病变器官、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。

本知情同意书共 2 页,我已逐页阅读,充分理解每字每句,无异议。

我 周志 (填同意与否并按手印) 接受该手术方案并愿意承担手术风险。并授权医师: 在术中或术后发生紧急情况下,为保障本人的生命安全,医师有权按照医学常规予以紧急处置,更改并选择最适应的手术方案,实施必要的抢救。

患者签名 _____ 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名:
患者授权亲属签名 _____ 患者关系 夫妻 签名日期 2019 年 11 月 12 日 11 点

医生陈述

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 周志 签名日期 2019 年 11 月 12 日 9.3

若变更手术方式,以下需填写并签字,否则以下为空白:

医师陈述:

术中探查见

根据探查情况,拟改行 _____ 手术。本手术方式除可能出现以上所列手术风险外,还可能存在的风险与意外有: _____

医师签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病人或其授权委托人:

医师已经告知我术中所见病情,我理解根据病情的实际情况及变更手术方式的必要性。我愿意承担手术所有风险,同意手术。

病人签名(手印) _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果病人无法签署知情同意书,请其授权委托代理人在此签名:

委托代理人签名(手印) _____ 与病人关系 _____ 签署日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

山东第一医科大学第二附属医院

授权委托书

科室：足踝外科

病历号：[REDACTED]

委托人(患者本人)：[REDACTED]

性别：女 年龄：55岁

受托人：[REDACTED]

与患者关系：☒配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属

☒同事 ☐朋友 ☐其他_____

本人于2019年11月11日因病住院。本人在住院期间，有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重委托由侯志松作为我的代理人，代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字手续，全权代表本人签字，被委托人的签字视同本人的签字。

委托人签署同意书后所产生的后果，由患者本人承担。

患者签名：[REDACTED] (手印)

2019年11月11日 10时__分

受托人签名：侯志松 (手印)

2019年11月11日 10时__分