

丽水市中心医院

手术知情同意书



丽水市中心医院
浙江中医药大学附属五院

姓名: [REDACTED] 出生年月日: 2015.04.05 门诊号/住院号: 0654321 科室: 耳鼻喉 床号: 23-41

这是一份关于手术知情同意书。此操作是医师根据患者病情、现有医疗技术及实际情况选择的医师认为最适合患者的治疗方案, 医师会用通俗易懂的方式告知该操作相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次操作有关的任何疑问, 决定是否同意进行操作。

【诊断】: 发现肿物 生长 3天

【拟施行的操作方案】: 肿物切除术

【拟行麻醉方式】: 全身

【操作医师】: [REDACTED]

【预期效果】: ☒明确病因, 完善诊断 ☐确定治疗方案, 判定预后 ☐对症治疗, 缓解病情

☐其他: [REDACTED]

【可替代的方案】: 无

【主要意外、风险及并发症】:

1. 操作中、操作后可能发生的风险及可能产生的不良反应包括但不限于以下情况:

(1) 术中心跳、呼吸骤停, 导致死亡或无法挽回的脑死亡; 难以控制的大出血; 不可避免的临近器官、血管、神经损伤; 病情变化导致手术中断或更改手术方案。

除上述情况外, 本次手术还可能发生下列情况:

1. 麻醉意外可能 2. 术中气管切开有出血、皮下气肿、气胸、损伤食道壁等可能 3. 术中大出血可能 4. 术中诱发原有疾病及潜在疾病, 严重时手术暂停可能 5. 术中视病变范围改变术式可能 6. 手术后可能出现的意外和并发症: 术后出血、局部或全身感染、切口裂开、脏器功能衰竭(包括DIC)、水电解质平衡紊乱; 术后气道阻塞、呼吸、心跳骤停; 诱发原有或潜在疾病恶化; 术后病理报告与术中快速病理结果不符; 再次手术。

除上述情况外, 本次手术还可能导致下列并发症:

1. 术后大出血可能 2. 术后创口感染或肺部感染可能 3. 术后皮下气肿、气胸可能 4. 术后需继续放化疗可能 5. 术后长期误咽呛咳可能 6. 术后咽瘘形成可能 7. 术后拔管困难, 需长期带管可能 8. 术后原有疾病加重或出现呼吸衰可能 9. 术后复发及远处转移可能 10. 术后永久声嘶 11. 术后血压恶性增高, 导致心脑血管意外可能。

2. 其他难以预料的并发症和风险。

3. 特殊风险或主要高危因素: [REDACTED]

【风险防范措施】:

1. 严格按照诊疗操作规范执行。

2. 加强监测, 仔细操作, 及时处理。

3. 其他: [REDACTED]

【成功的可能性】: 没有任何操作是完全没有风险的, 虽以上风险已被认定, 大部分情况该操作是可以成功的, 但是仍有无法预期的风险存在。

【不进行治疗可能产生的结果】: ☒疾病诊断不明确 ☒疾病进展未控制 ☐症状未缓解

患方签名: [REDACTED] 与患者关系: 父母 签名时间: 2021年 4月 21日 11时 00分

☐其他：_____

【医师陈述】：我已经告知患者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、操作成功的可能性、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医师签名：_____

签名时间：2024年4月21日15时00分

【患者知情同意】：（在选择项打勾，在不选择项打叉，两者必须同时做标记）

1. 我已理解医师告诉我有关操作相关的内容，医师解答了我关于此次操作的相关问题。
2. 我同意在操作中医师可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
3. 我理解我的操作需要多位医师共同进行。
4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
5. 我授权医师对切除的病变器官、组织、标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物等进行处理。

☒我同意，我愿意接受该操作方案并愿意承担操作风险。

☐我不同意，我不愿意接受该操作方案并愿意承担拒绝该操作带来的风险（原因_____）。