

广西中医药大学第一附属医院

手术知情同意书

患者姓名	L	性别	女	年龄	27岁	科别	外科	床号		住院号	
------	---	----	---	----	-----	----	----	----	--	-----	--

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有**盆腔直肠畸胎瘤**病，需要在**全身麻醉下**麻醉下进行**腹腔镜下盆腔肿瘤切除术**手术。术中手术医师可根据具体情况选择其他手术方式如_____或_____。手术治疗的目的是治疗疾病或查明病因。

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下**腹腔镜下盆腔肿瘤切除术**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. 我理解任何手术和麻醉都存在风险。施行手术在达到治疗目的的同时，也可能发生手术并发症、意外情况或后遗症。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、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) 麻醉意外和风险(详见麻醉知情同意书)。
- 2) 术中、术后大出血，导致休克及死亡。
- 3) 手术操作损伤邻近神经、血管及组织器官，导致功能障碍。
- 4) 术后感染(如切口感染、腹腔感染、肺部感染、尿路感染、植入物排异/感染等)
- 5) 本专科手术可能发生的并发症及风险：

- ① 术后复发或再发；
- ② 术中、术后大出血，严重危及生命；
- ③ 术后伤口感染，需二期缝合；
- ④ 其他不可预料的心脏肾脏意外、肾功能衰竭
- ⑤ 术后均可导致死亡。

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、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, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

●我的医生已经告知我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我关于此次手术的相关问题。我表示理解和接受, 同时愿意承担在现有医学科学技术条件下无法预料或者不能预防的医疗风险。

●我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

●我理解我的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。

●我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

●我已如实向医生告知我的所有病情及病史, 如有隐瞒, 一切后果自负。

患者签名 _____ 签名日期 2018 年 02 月 01 日 _____ 时
身份证号 _____ 联系电话 _____
通讯地址 _____

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 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时
身份证号 _____ 联系电话 _____
通讯地址 _____

如果患者或其授权的亲属不同意施行手术, 请在此签字:

患者或其授权的亲属签字 _____ 签字日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时
身份证号 _____ 联系电话 _____
通讯地址 _____

在场第三方见证人签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时

医生陈述

我已经告知患者病情和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 _____ 签字地点 _____ 签名日期 2018 年 02 月 01 日 _____ 时

