

山西医科大学第二医院

皮肤科手术知情同意书

患者姓名：

性别：男

年龄：8

临床诊断：

：

手术名称：

术者：

皮肤科手术是皮肤病常用的诊治方法，对大多数人是很安全的，但由于患者个体差异及围手术期诸多因素的影响，仍然存在一定风险。经过医生的详细告知，本人已充分了解手术及手术前后可能的风险，具体情况如下：

- 1、麻醉意外，过敏、休克、呼吸、心跳骤停；
- 2、术中出血，组织损伤，如：血管，神经，临近器官组织
- 3、术中根据病情有可能需要改变手术方式及范围；
- 4、少数病人治疗中因精神紧张而发生心脑血管意外，心脏骤停等；
- 5、术后感染，伤口愈合不良，发生同形反应；
- 6、术后切口裂开；
- 7、部分患者手术后病情复发；
- 8、造成手术切口疤痕；
- 9、为明确诊断，有些患者需要多次行活检术；
- 10、其他不可预料的医疗风险。
- 11、

手术前注意事项：（有以下情况者，请如实告知医生，需权衡利弊后决定是否手术）

- 1、患有血液病、高血压、心脏病、糖尿病、肝病、肾病、瘢痕体质等；
- 2、近日有服用抗凝药物如阿司匹林等；
- 3、有药物过敏史等；
- 4、女性患者是否处于月经、怀孕及哺乳期等。

手术后注意事项：

- 1、请勿剧烈运动，保护伤口勿被污染（如伤口被水潮湿等）；
- 2、请按时来我院或经医生许可到就近医院更换敷料或拆线；
- 3、如有伤口红肿发热、剧烈疼痛、渗出液较多、拆线后伤口裂开等，请及时来我院就诊。

如出现上述情况，医生可采取积极救治措施，多数患者经对症治疗可恢复，极少数患者可出现严重并发症，危及生命。作为医师，我们会尽最大努力完成好手术，尽职尽责。

为了协助诊断，积累经验，总结病例，在手术前后或治疗过程中我们将开展医学摄影，希望得到患者的配合，我们会保护患者的隐私权。

经过充分了解手术相关情况，我在自由意识下，自愿选择手术治疗，并且愿意承担手术中可能面临的上述风险，在此特请示并委托授权皮肤科为我施行手术！

患者或家属（受托人）签字：

与患者的关系：父子

联系电话：

2021年 8 月 21 日