



成都上锦南府医院
四川大学华西医院上锦医院

手术知情同意书

科室：神经外科医疗单元(上锦)

登记号：

姓名：

性别：女

年龄：21岁

床号：

临床诊断：颅内占位

麻醉方式：全身麻醉

疾病介绍，治疗方案建议及患方选择：

根据现有的医学技术，有以下治疗方案可供选择：

1. 根据现有医疗条件，可选择的手术方式如下：开颅病变切除术
2. 其他治疗方案：

经医生详细介绍疾病相关知识及上述各种治疗方案，通过对各种治疗方案的优缺点、治疗费用及相关风险综合评估，我慎重选择并要求采取开颅病变切除术方案进行治疗。

手术风险：

医生告知我手术可能发生的一些风险如下，有些不常见或未知的风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同，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. 我理解手术可能发生的常规风险如下：
 - 1) 麻醉并发症（详见麻醉知情同意书）；
 - 2) 术中、术后大出血，严重者可致休克，甚至死亡；
 - 3) 术中根据具体病情改变手术方式；
 - 4) 术中损伤神经、血管及邻近器官；
 - 5) 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、脂肪液化、伤口不愈合，瘘管及窦道形成；
 - 6) 血管栓塞：严重者可导致昏迷及呼吸衰竭，危及生命安全；
 - 7) 呼吸系统并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等；
 - 8) 循环系统并发症：心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停；
 - 9) 尿路感染及肾衰；
 - 10) 脑并发症：脑血管意外、癫痫、脑梗塞、脑出血等；
 - 11) 精神并发症：手术后精神病及其他精神问题；
 - 12) 血栓性静脉炎以致肺栓塞、脑栓塞等；
 - 13) 术后多器官功能衰竭（心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、胃肠道功能等），凝血功能障碍，播散性血管内凝血DIC等，危及生命；
 - 14) 水电解质平衡紊乱；
 - 15) 诱发原有疾病恶化；
 - 16) 术后病理报告与术中冰冻活检结果不符；
 - 17) 再次手术；
 - 18) 其他不可预料不良后果；

4. 专科可能出现的意外和并发症如下：

1、术中术后大出血危及生命，术后术区或其他部位出血，可能需再次手术清除血肿。2、术后原有症状不缓解，甚至加重。术后脑水肿、脑血管痉挛、脑梗塞、脑出血等致严重的神经功能度

患方签名：

第1页



成都上锦南府医院
四川大学华西医院上锦医院

手术知情同意书

科室：神经外科医疗单元(上锦)

登记号：[REDACTED]

损：术后意识障碍、瘫痪、感觉障碍、失语、失明、视野缺损、失聪、嗅觉丧失、大小便障碍；各种颅神经功能障碍；精神运动障碍，如智力、性格、情感、认知功能障碍；下丘脑反应：高热、尿崩、激素和水电解质紊乱等；甚至长期植物状态或死亡。术后消化道出血等。上述情况必要时需再次手术治疗。3、术后脑积水，必要时需脑室外引流、脑室腹腔分流术等手术治疗。4、术后感染：切口感染、颅内感染甚至脓肿形成，肺部感染、泌尿系感染等，甚至发生败血症危及生命。术后脑脊液漏可能导致严重感染，皮下积液。术后颜面水肿，皮肤愈合延迟、不愈合或瘢痕形成，缺血坏死，需长期换药。上述情况必要时需手术治疗。5、术后癫痫发作，导致严重神经功能受损，危及患者生命，需长期或终生服药，甚至手术治疗。6、术中病变可能无法全切，术后可能复发或再长。病变性质以病理诊断为确诊。术后可能需放化疗、伽马刀等治疗。7、术中根据具体情况决定最终手术方式，可能切除部分脑组织减压或去骨瓣减压，需再次手术修补颅骨。8、术中可能使用人工材料，如人工硬脑膜、钛帽、钛钉、颅骨锁等终身不取。若发生排异反应，必要时需手术去除。9、其他不可预料的不良后果，术中术后呼吸、心跳骤停，多器官功能衰竭，猝死等

5. 本手术提醒患者及亲属注意的其他事项：

6. 关于合并症的相关风险告知：

我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等基础疾病或者有吸烟史，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。

7. 我理解术后如果我的体位不当、咳痰不力，或不遵医嘱，可能影响手术效果。

8. 我知道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病情、将要进行的手术方式、手术中及手术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我关于该手术的相关问题。

我要求为我（患者）施行手术，并理解手术并发症和手术风险。

我授权在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式作出调整。

我理解我的手术需要多位医生共同进行。

我授权医师根据手术中具体情况做冰冻活检。

我授权医师对手术切除的病变器官、组织或采取的血液等标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理，以及用于教学、科学研究等。

我并未得到手术和治疗百分之百成功的许诺。一旦发生上述风险，我授权医生根据情况决定抢救诊疗方案，并同意支付所发生的诊疗抢救费用。

医生已邀请我参与医疗安全，共同参与完成手术部位标识，仔细核对手术部位准确。

我的其他说明

患者签名：[REDACTED] 签名日期：2022 年 6 月 2 日

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在此签名：

患者授权的代理人或近亲属签名： 与患者关系：

签名日期：2022 年 6 月 2 日

医生陈述：

[Signature]

患方签名：_____

第2页