

北京大学第一医院
皮肤活检手术知情同意书

病历号:

患者姓名

性别 (男 ☒ 女 ☐)

年龄 36

临床诊断: 皮肤感染? 溃疡待查?

患者因病情需要行皮肤病变部位活检手术,它是皮肤科常用的诊治方法,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,存在一定风险,需病人及家属了解在做活检过程中可能出现的并发症(副作用)、手术前后注意事项及采取的对策:

并发症:

- 1、麻醉意外(如过敏反应等);
- 2、术中出血、组织损伤;术后出血、感染;
- 3、部分患者复发,治疗无效;
- 4、伤口愈合不良,发生同形反应,瘢痕形成;
- 5、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;
- 6、其它:少见及难以预测的副作用和并发症。

手术前注意事项(有以下情况者请主动告诉医生,需权衡利弊后再决定是否手术):

- 1、患有血液病、高血压、心脏病、糖尿病、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。

活检手术后注意事项:

- 1、请勿剧烈运动。
- 2、一天后揭下覆盖伤口的敷料。
- 3、必要时每天用3%双氧水或百多邦药膏擦拭伤口两次。
- 4、一周内请勿吸烟、饮酒;按时来院拆线。
- 5、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,请及时来院就诊。
- 6、联系电话:66551122 转 2350

上述情况如出现,医生要积极采取救治措施,多数病人经对症治疗可恢复,极少数病人出现严重并发症,危及生命甚至死亡。作为皮肤科医师,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,希望取得患者的配合,我们会注意隐私权的保护。

请患者或家属了解上述情况,确同意做活检,并接受由此可能带来的风险,医患双方签字后生效。

负责医师签名: _____

— 2019 年 12 月 10 日

患者意见: (同意选√,不同意选×)

- ☒ 1、我同意接受北京大学第一医院皮肤科医师为我所做的皮肤活检手术,并愿意承担相应手术风险。
- ☒ 2、我同意术前、术后及手术进程中对本人病变部位进行医学摄影,同意医院和医师在专业领域内应用这些摄影资料,但不得公开我的姓名。同意这些资料归医院所用。

患者或家属(受托人)签字: _____ 与患者关系: 本人 2019 年 12 月 10 日

家属通讯地址或联系电话: 中关村科育社区88号楼2-405