



四川大学华西医院
The West China Hospital of Sichuan University

手术知情同意书

ID: 12111

第 21 次入院

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 63岁 住院号/门诊号: [REDACTED] 科室: 骨科 病区: [REDACTED] 床号: [REDACTED]

术前诊断: 1. 左股骨远端骨折畸形愈合 2. 左胫骨骨折畸形愈合 3. 血友病A型

拟行手术名称: 左侧人工膝关节置换术

手术目的: 解除症状, 改善生活质量

替代治疗方案: 保守治疗

麻醉方式: 全麻

术中及术后可能涉及的风险:

1. 可能发生麻醉意外;
2. 手术中可能因心脑血管隐性疾患或者其他内科隐性疾患的突发而发生意外;
3. 损伤周围神经, 术后出现神经支配区域疼痛、感觉麻木、活动障碍;
4. 因解剖变异或者其他原因, 致手术中损伤周围器官或组织而引起继发和相应并发症;
5. 内固定物松动、断裂、异物反应;
6. 术后感染, 出现切口感染可造成切口畸形愈合、延迟愈合、不愈合、窦道形成, 必要时需进行清创缝合、冲洗引流;
7. 术后可能出现切口脂肪液化、双下肢不等长、异位骨化等, 必要时行翻修手术;
8. 患者术后功能锻炼不佳可引起关节僵硬、异位骨化而影响术后关节活动;
9. 根据术中所见, 改变手术方案, 决定所选用特殊材料及手术方式, 如特殊假体、捆绑带、螺钉、接骨板、自体骨、同种异体骨、骨生长材料等;
10. 术中术后可能出现其他无法预料的手术并发症, 出现生命体征不稳, 严重时危及生命, 需请相关科室处理或请ICU观察; 术后由于血液高凝状态, 加上患者脑血管基础条件不良, 可能出现脑血管意外, 必要时转科治疗, 严重时危及生命;
11. 下肢静脉血栓脱落形成血栓, 主管内形成脂肪栓塞造成心梗、肺栓塞、脑梗, 可直接危及生命, 需送ICU治疗;
12. 手术中、术后可能因心脑血管隐性疾患或者其他内科隐性疾患的突发而发生意外;
13. 假体不完全, 或因肢体停止生长导致仍残留畸形, 拆除8字钢板后畸形复发, 未及时拆除钢板导致畸形矫正过正;
14. 其他无法预料或者不能防范的不良后果或医疗风险。

由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异, 意外风险不可能绝对避免, 且不能确保救治完全成功, 诊疗活动可能出现上述风险及其他不可预见且未能告知的特殊情况, 恳请理解。

注意事项:

医生陈述:

我已经向患者本人、患者近亲属、受委托人说明了本手术的性质、目的、风险、可能引起的并发症, 以及本手术的替代治疗方案等, 并解答了患方提出的相关问题。

医师签名: [REDACTED]

签名时间: 2019年05月05日 10时00分

患者、患者家属或患者的法定监护人, 授权委托人为:

我已仔细阅读并理解上述内容, 医生已向我和解释清楚本手术的性质、目的、风险、可能引起

手术知情同意书

ID: 111111

第 1 次入院

的并发症,以及本手术的替代治疗方案等,我已明白医生的解释,也明白手术不能确保达到预期目标。因此,我 同意 (同意/不同意)接受本手术治疗,同时授权医生根据具体情况终止手术,并采取符合诊疗规范的处置。

患者姓名: [REDACTED]

患者近亲属/受委托人姓名: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED]

签名时间: [REDACTED] 11 月 05 日 10 时 20 分

1785
bv10+cW1bFJH1guJ8Jg1rtsadvz0TA72p9trrhYg0fv2AJQrIoMasCpCRtp82hKESXUtz1H1Tgo=
85
2 1 8

1785
bv10+cW1bFJH1guJ8Jg1rtsadvz0TA



广州医科大学附属第三医院
The Third Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University

手术安全核查表

手术日期 2019-3-6 患者姓名 [REDACTED]
科别 普外科 住院号 [REDACTED]
手术者 曾达东 手术方式 左侧人工肠系膜悬吊技术

性别 男 年龄 53岁
麻醉方式 神经阻滞+全麻

麻醉实施前	手术开始前 (暂停)	患者离开手术室前
患者姓名、性别、年龄正确： 是 ☒ 否 ☐	患者姓名、性别、年龄正确： 是 ☒ 否 ☐	患者姓名、性别、年龄正确： 是 ☐ 否 ☐
手术方式确认： 是 ☒ 否 ☐	手术方式确认： 是 ☒ 否 ☐	实际手术方式确认： 是 ☐ 否 ☐
手术部位与标识正确： 是 ☒ 否 ☐	手术部位与标识确认： 是 ☒ 否 ☐	手术用药、输血的核查： 是 ☐ 否 ☐
手术知情同意： 是 ☒ 否 ☐	手术、麻醉风险评估： 是 ☒ 否 ☐	手术用物清点正确： 是 ☐ 否 ☐
麻醉知情同意： 是 ☒ 否 ☐	手术医师陈述： 预计手术时间 ☒ 预计失血量 ☒ 手术关注点 ☒ 其它 ☐	手术标本确认： 是 ☐ 否 ☐
麻醉设备安全检查完成： 是 ☐ 否 ☐	麻醉医师陈述： 麻醉关注点 ☒ 其它 ☐	皮肤是否完整： 是 ☐ 否 ☐
皮肤是否完整： 是 ☒ 否 ☐	手术护士陈述： 术前预防性抗生素 是 ☐ 否 ☐ 术前术中特殊用药情况 ☐ 物品灭菌合格 ☐ 仪器设备 ☐ 其它 ☐	各种管路： 中心静脉通路 ☐ 动脉通路 ☐ 气管插管 ☐ 伤口引流 ☐ 胃管 ☐ 尿管 ☐ 其它 ☐
术野皮肤准备正确： 是 ☐ 否 ☐	是否需要相关影像资料： 是 ☒ 否 ☐	患者去向： 麻醉恢复室 ☐ 病房 ☐ ICU 病房 ☐ 急诊 ☐ 离院 ☐
6 气道建立完成： 是 ☒ 否 ☐		
患者是否有过敏史： 是 ☐ 否 ☒		
抗菌药物皮试结果： 有 ☒ 无 ☐		
术前备血： 有 ☒ 无 ☐		
假体□/腔内植入物□/影像学资料□		
患者是否知情能配合回答：是 ☒ 否 ☐		
由麻醉医生询问患者以下内容： 问：您的名字？ 回答：对 ☒ 错 ☐ 问：您准备做什么手术？ 答： <u>左侧人工肠系膜悬吊技术</u> 问：您的手术部位在哪里？ (注意左右位置) 答： <u>左侧</u> 问：哪位医生帮您做手术？ 答： <u>曾达东</u> 其他： <u></u>		
手术医师签名： <u>曾达东</u>	手术医师签名： <u>曾达东</u>	手术医师签名： <u>曾达东</u>
麻醉医师签名： <u>曾达东</u>	麻醉医师签名： <u>曾达东</u>	麻醉医师签名： <u>曾达东</u>
手术室护士签名： <u>曾达东</u>	手术室护士签名： <u>曾达东</u>	手术室护士签名： <u>曾达东</u>

核对项目相应的框内“□”打钩“√”