

中国人民解放军联勤保障部队第九〇九医院病历

姓名 [REDACTED] 科室 骨一科治疗病区 床号 5 ID号 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

手术知情同意书

患者姓名	[REDACTED]	性别: 女	年龄: 29岁	病人ID号:	[REDACTED]
------	--	-------	---------	--------	--

疾病诊断: 右足马蹄内翻足畸形

拟施手术方案 (包括治疗替代方案):

☒ 方案 1: 右足截骨矫形+环形外固定架固定术 ☐ 方案 2: 保守治疗。

根据我的病情, 医生已经告知我将要进行的手术方式和可能存在的替代方案, 并解答了我此次手术的相关并发症, (我完全理解手术风险及利弊, 要求手术治疗,) 经慎重考虑, 我选择: 方案1。

我同意在手术中医生可根据我的病情对预定的手术方式做出调整, 患者或授权人签名: [REDACTED]

手术目的: 恢复右下肢力线, 矫正现有畸形。

手术潜在风险和对策:

医师告知我如下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、麻醉意外、心跳呼吸骤停; 2、术中损伤血管致足坏死; 3、术中损伤邻近神经, 导致足功能障碍、麻木; 4、术后切口感染, 愈合延迟, 皮缘坏死, 需行植皮或皮瓣手术覆盖创面; 5、术中根据情况改变手术方式 (增加内固定物); 6、术后跟腱挛缩致足下垂, 必要时需行跟腱延长术; 7、术后外固定架调架可能产生疼痛、针眼感染, 必要时需再行手术处理; 8、术后转移肌腱处疼痛, 活动受限; 9、术后踝关节活动功能不同程度受限; 10、患者本身存在神经性疾病, 双下肢肌肉广泛萎缩, 肌力下降, 本手术无法解决神经肌肉疾病本身, 术后仍然存在步态异常; 以后如果此病加重, 可能出现行走受限、畸形复发、步态异常甚至无法行走; 11、其它一些不可预测的情况。

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:

医师已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。我授权医师对操作切除的病变器官、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。我理解我的操作需要多位医生共同进行。我并未得到操作百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权委托人或法定监护人签名: _____

与患者关系: _____

医师陈述:

我已经告知患者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。

医师签名: [REDACTED] 签名日期 2017 年 7 月 2 日