



手术知情同意书

姓名: [redacted] 性别: 男 年龄: [redacted] 科别: 神经外科 床号: 3716 住院: [redacted]

: 病情介绍和治疗建议:

患者拟诊为慢性硬膜下血肿, 静脉麻醉麻醉下进行硬膜下积液(脓肿, 血肿)清除术手术。

手术目的: ①进一步明确诊断 ②切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他) ③缓解症状 ④其他

预期效果: ①疾病诊断进一步明确 ②疾病进展获得控制/部分控制/未控制

③症状完全缓解/部分缓解/未缓解 ④其他_____

其他可替代治疗方法: 保守治疗

手术潜在风险告知:

手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素, 绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。又由于已知和无法预见的原因, 本手术有可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下, 手术仍有可能发生如下医疗风险:

- 1、麻醉过程中, 可能发生呼吸、心脏骤停等意外危险。
- 2、手术过程中, 可能发生手术中难以控制的出血而死亡。
- 3、术后可能发生切口感染、化脓、瘘或窦道形成, 切口不愈合。
- 4、病程中反复出现脑出血及复发
- 5、偏瘫、癫痫发作, 术后长期深昏迷或植物状态生存。
- 6、患者术后长期昏迷导致肺部感染、营养不良
- 7、大面积脑梗或严重的脑血管痉挛而危及生命
- 8、手术局麻下进行, 可能患者无法配合而需行全身麻醉
- 9、其他不可预知的意外

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险, 但由于现有医疗水平所限, 仍有可能出现不能预见, 不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

: 患者知情选择:

1. 医务人员已经告知我将要进行的手术方式、此次手术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, 并且解答了我关于此次手术的相关问题, 我同意已拟定的手术方案。

2. 我同意在操作中医务人员可以根据患者病情对预定的手术方式做出调整。

3. 我理解此项手术需要多位医务人员共同进行。

4. 我并未得到此项检查百分之百成功的许诺。

5. 我授权医务人员对手术切除的病变器官、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。

6. 对于“非医方责任”导致的手术医疗意外风险及后果, 根据国家相关法律法规, 由患者自行承担或通过第三方医疗意外保险来分担。

患者/授权委托人/法定代理人签名: [redacted] 签名日期: 年 月 日 时 分

与患者关系:

经治医师签名: 签名日期:

手术医师签名: [redacted] 签名日期: [redacted]