

河北省人民医院

患者授权委托书

姓名: [REDACTED]

医师填写:

授权人(患者本人): [REDACTED]

被授权人一:

与患者关系: ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☒其他近亲属 ☐同事 ☐朋友 ☐其他

被授权人二:

与患者关系: ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属 ☐同事 ☐朋友 ☐其他

被授权人三: 性别 年龄 联系电话:

与患者关系: ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属 ☐同事 ☐朋友 ☐其他

患者或被授权人填写:

本人于 2017 年 7 月 24 日因病住院。本人在住院期间,有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书,本人郑重授权委托以上人员作为我的代理人,代为行使住院期间的知情同意权利,并履行相应的签字手续,全权代表本人签字,被授权人任何一人的签字都可视为本人的签字。

被授权人签署同意书后所产生的后果,由患者本人承担。

授权人(患者本人)签名: [REDACTED] 手印) 2017 年 7 月 24 日 11 时 30 分

被授权人一签名: [REDACTED] 2017 年 7 月 24 日 11 时 30 分

被授权人二签名: [REDACTED] 2017 年 7 月 24 日 11 时 30 分

被授权人三签名: 年 月 日 时 分

手术同意书

姓名: [REDACTED]

术前诊断: 1.左胸壁肿物: 胸壁结核? 2.右肺结节 3.右腋窝脂肪瘤术后 4 白细胞、血小板升高
待查: 继发性血细胞增多?

患者尚无明确病理,待术中冰冻结果决定下一步手术方案。若为良性病变,则行前纵隔肿物切除术;若为恶性,行病变扩大切除术,目前此种疾病的治疗方法有:手术、化疗、放疗、中医中药、生物免疫等,根据疾病的特点和病情需要,建议行手术。

手术名称: 胸腔镜下胸壁肿物切除术 拟行切口: 胸腔镜切口

术前患者准备: 对症治疗,完善术前检查。术前禁食水,备皮,合血,下尿管保留

麻醉方式: 全身麻醉 手术者: 柳立军

向患者或家属或代理人交代术中或术后可能出现的并发症及手术风险:

1) 麻醉意外,术中心脑血管意外,心跳呼吸骤停,可能导致死亡 2) 术中大出血,失血性休克,可能导致死亡 3) 术中探查病情严重,只能行开一关术;或根据术中情况决定手术方案,如术中出血可能行开胸或纵劈胸骨等术式 4) 术中保证根治的彻底性而可能损伤邻近重要脏器、血管、胸导管、神经(喉返N、交感N、隔N等) 5) 术中根据需要可能使用残端闭合器、吻合器、切割缝合器等一次性器械,费用较贵 6) 术后大出血,需二次手术止血 7) 术后肺膨胀不良,肺不张、肺炎,呼吸功能衰竭必要时需呼吸机支持,有不能脱机的可能,病情恶化甚至危及生命 8) 术后肿瘤复发、转移 9) 围手术期心脑血管意外,多脏器功能衰竭: 心律失常,心梗,心衰,肺梗塞,呼吸功能衰竭,脑梗,肝功能衰竭,肾功能衰竭,应激性溃疡等而危及生命。10) 术后脓胸、血胸、气胸,有二次开胸的可能 11) 术后切口并发症(伤口裂开,感染,需要重新缝合或延期缝合) 12) 术后乳糜胸,可能需进一步开胸处理 13) 术后极个别病人出现残端阳性,须进一步放疗或化疗治疗 14) 术中、术后其他不可预知的意外情况。

患者或代理人意见:

我已明白医生交代的上述内容,我明确表示同意选择 胸腔镜下胸壁肿物切除术 治疗方法。

患者或监护人签名 _____ 签名时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

如果患者无法签署知情同意书,请其代理人在此签名:

代理人签名 _____ 签名时间 2017 年 8 月 7 日 16 时 0 分

上级医师签字/住院医师签字: _____ 8月7日15时30分

手术同意书

术前诊断：1.左侧胸膜肿瘤 2.右肺结节 3.右腋窝脂肪瘤术后 4 白细胞、血小板升高待查：继发性血细胞增多？

目前此种疾病的治疗方法有：1.继续保守观察，输血补液等治疗；2.开胸探查止血术。根据疾病的特点和病情需要，建议行手术治疗。

手术名称：开胸探查术

拟行切口：左胸后外侧切口

术前患者准备：完善术前检查。术前禁食水，备皮，备血，术前下胃管、尿管保留。

麻醉方式：全麻

手术者：柳立军

向患者或家属或代理人交代术中或术后可能出现的并发症及手术风险：1)麻醉意外，术中心脑血管意外，心跳呼吸骤停，可能导致死亡 2)术中大出血，失血性休克，可能导致死亡 3)术中探查无法发现出血点，只能行开一关术；或根据术中情况决定手术方案；4)术中由于止血的需要，为了保证止血的彻底性而可能损伤邻近重要脏器、血管、胸导管、神经（喉返N、交感N、膈N等致饮水呛咳、声音嘶哑、膈肌麻痹等）。5)术中不能发现出血部位，需要手术时间较长或需要多次手术止血 6)术后大出血，需二次手术止血 7)术后肺不张、肺炎，呼吸功能衰竭必要时需呼吸机支持，有不能脱机的可能，病情恶化甚至危及生命 8)术后胸导管损伤可能出现乳糜胸 9)围手术期心脑血管意外，出现房性心律失常，甚至室性心律失常的可能性大；出现多脏器功能衰竭；心律失常，心梗，心衰，肺梗塞，呼吸功能衰竭，脑梗，肝功能衰竭，肾功能衰竭，应激性溃疡等而危及生命 10)术后切口并发症（伤口裂开，感染，需要重新缝合或延期缝合） 16)术中、术后其他不可预知的意外情况。

患者或代理人意见：

我已明白医生交代的上述内容，我明确表示同意选择 开胸探查术 治疗方法。

患者或监护人签名 _____ 签名时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

如果患者无法签署知情同意书，请其代理人在此签名：

代理人签名 _____ 签名时间 2017 年 3 月 9 日 23 时 30 分

上级医师签字：柳立军 / 住院医师签字 _____ 月 9 日 23 时 27 分