

重庆医科大学附属第二医院

左大腿梭形细胞瘤高强度聚焦超声治疗知情同意书

根据您目前的病情，您需要在**全身麻醉**下行**左大腿梭形细胞瘤切除术**，医师将向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、替代医疗方案、手术名称、术中拟使用高值医用耗材及术中或术后可能出现的并发症、风险等，帮助您了解相关知识，作出选择。

【术前诊断】：**左大腿梭形细胞瘤**

【替代医疗方案】：根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式：

- 1、高强度聚焦超声治疗
- 2、手术切除
- 3、化疗
- 4、保守治疗

【高值医用耗材】：

【可能出现的并发症、风险】：

1、皮肤灼伤及继发感染；需切除缝合或术后愈合困难、窦道形成、溃烂、经久不愈，需长时间换药，甚至不愈合、继发感染等；

2、肿瘤破裂出血；

3、麻醉意外；

4、邻近脏器损伤；

5、阴茎、睾丸损伤；

6、肿瘤灭活不完全，病灶残留，导致手术效果不佳，甚至需行分次治疗；

7、神经损伤；

8、其他难以预料的意外情况。

我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

【患者或委托代理人意见】：医师详细告知了我以上几种医疗方案的治疗效果，可能发生的并发症和风险。我已认真倾听和阅读并理解了以上全部内容，并且做以下声明：

我**同意接受第一项医疗方案，并愿意承担风险。**

(请患者或委托代理人注明“同意接受第□项医疗方案并愿意承担相应风险”字样)，并授权医师，在术中或术后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，医师有权按照医疗常规予以紧急处置，选择最适宜的手术方案实施必要的抢救，并且自愿承担本次抢救全部费用。

医师签字：

签字时间：2021年10月12日

患者关系：

签字时间：2021年10月12日