



姓名: [REDACTED]

科别: 疼痛科病区

ID号: 2803304

特殊检查(治疗)同意书

姓名: [REDACTED]

性别: [REDACTED]

年龄: [REDACTED]

科室: 疼痛科病区

床号: [REDACTED]

ID号: [REDACTED]

初步诊断1. 带状疱疹性神经痛

2. 带状疱疹

3. 冠状动脉粥样硬化性心脏病

不稳定型心绞痛

冠状动脉支架植入后状态

4. 2型糖尿病

5. 缺血性脑血管病

6. 慢性胃炎

7. 电解质代谢紊乱

拟施行特殊检查(治疗)的名称: 植入式注药装置置入术

施行特殊检查(治疗)的目的: 缓解疼痛, 改善生活质量。

在特殊检查(治疗)时需要使用 输液港组件。

施行上述特殊检查(治疗)对患者有一定危险性, 可能会发生不能预测或不能防止的并发症

意外, 主要有:

手术中可能出现的意外和风险:

1、麻醉意外, 穿刺出血;

2、术中伤及马尾神经甚至脊髓导致术后长期腰痛、双下肢活动受限甚至截瘫;

3、术中脑疝, 突发死亡;

4、穿刺失败;

5、其他意想不到可能。

手术后可能出现的意外和并发症:

1、术后出血、局部或全身感染;

2、术后颅内感染;

3、诱发原有或潜在疾病恶化。

在您了解上述可能发生的情况后, 如同意进行该项特殊检查(治疗)请在下面签字。

患方(患者本人、近亲属、法定监护人或委托代理人)签名: [REDACTED]

(需附有效身份证件复印件、授权文件)

日期: 2021-07-21, 14:51

主治医师签名: [REDACTED]

日期: 2021-07-21, 14:51

中国人民武装警察部队特色医学中心



姓名：张国新

科别：疼痛科病区

ID号：2803304

手术知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有此手术适应证，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用的高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等，以帮助了解相关知识，作出明确选择。

一般项目	患者姓名 <u> </u> 性别 <u>男</u> 年龄 <u> </u> 科室 <u>疼痛科病区</u> 床号 <u> </u> ID号 <u> </u>
医师告知	【术前诊断】1. 带状疱疹性神经痛2. 带状疱疹3. 冠状动脉粥样硬化性心脏病、不稳定型心绞痛、冠状动脉支架植入后状态4. 2型糖尿病5. 缺血性脑血管病6. 慢性胃炎等 【拟行手术指征及禁忌证】患者右侧额面部疼痛明显，诊断明确，无绝对手术禁忌症。 【替代医疗方案】（不同的治疗方案及手术方式介绍） 根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式： <u>植入式注药装置置入术，保守治疗</u> 【建议拟行手术名称】<u>植入式注药装置置入术</u> 【手术目的】<u>缓解疼痛，改善生活质量</u> 【手术部位】<u>枕颈部、前胸部</u> 【拟行手术日期】<u>2021-07-23</u> 【拒绝手术可能发生的后果】<u>疼痛不能缓解，影响生活质量</u> 【患者自身存在的高危因素】<u>高龄、疼痛性质复杂</u> 【高值医用耗材】术中可能使用的高值医用耗材 ☐ 自费 ☐ 部分自费 ☐ 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书） 【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】 1、麻醉意外，穿刺出血； 2、术中伤及马尾神经甚至脊髓导致术后长期腰痛、双下肢活动受限甚至截瘫； 3、术中脑疝，突发死亡； 4、穿刺失败； 5、其他意想不到可能。 手术后可能出现的意外和并发症： 1术后出血、局部或全身感染； 2术后颅内感染； 3 诱发原有或潜在疾病恶化； 4 患者对鞘内注射药物过敏，出现突发昏迷、高热、肢体抽搐、呼吸循环衰竭等症 状，严重时出现死亡。 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麻醉过程中的监护，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

中国人民武装警察部队特色医学中心



姓名: [REDACTED]	科别: 疼痛科病区	ID号: [REDACTED]
患者及委托代理人意见	积极采取相应的抢救措施。需要强调的是, 由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异, 不能做到绝对避免意外风险, 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, 以及其他不可预见且未能告知的特殊情况, 恳请理解。 【术后主要注意事项】<u>预防感染</u> 我已向患者解释过此知情同意书的全部条款, 我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。 经治医师签字: [REDACTED] 签字时间: 2021-07-22, 10:02 签字地点: <u>医生办公室</u> 主刀医师签字: 蒋显锋 签字时间: 2021-07-22, 10:02 签字地点: <u>医生办公室</u>	
	我及委托代理人确认: 1. 医师向我解释过我的病情及所接受的手术, 并已就上述全部医疗风险向我进行了详细说明。我了解手术可能出现的风险、效果及预后等情况, 并知道手术是创伤性治疗手段, 由于受医疗技术水平局限和个体差异的影响, 术中、术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况。 2. 主刀医师向我解释过其他治疗方式及其风险, 我知道我有权拒绝或放弃此手术, 也知道由此带来的不良后果及风险, 我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询, 并得到了满意的答复。 我 <u>同意</u> (填同意) 接受该手术方案并愿意承担手术风险。 并授权主刀医师: 在术中或术后发生紧急情况下, 为保障本人的生命安全, 医师有权按照医学常规予以紧急处置, 更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。 患者签字: [REDACTED] 委托代理人签字: [REDACTED] 签字时间: <u>2021年7月22日18时50分</u> 签字地点: <u>医生办公室</u> 我 <u>同意</u> (填不同意) 接受该手术方案, 并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。 患者签字: [REDACTED] 委托代理人签字: [REDACTED] 签字时间: [REDACTED] 年 月 日 时 分 签字地点: [REDACTED]	
备注	如果患者或委托代理人拒绝签字, 请医生在此栏中说明。	