

手术知情同意书(新版)

姓名 科别 手显微外科 床号 住院号 PID

术前诊断:

右中指肌腱断裂、右环指腱鞘炎
手术指征:

1. 诊断明确, 存在手术指征; 2. 术前准备已毕, 排除手术禁忌; 3. 患者及家属主动要求并同意手术。

拟施手术名称或手术方式: 清创探查修复术

拟麻醉方式: 臂丛

术前准备及防范措施:

1. 患者病史清晰; 2. 排除手术禁忌, 手术适应症明确; 3. 术前准备已完成; 4. 手术方案和备选手术方案基本确定。

主刀医师: 李志杰 主刀医师: 何合德 一助: 吴志鹏

医学是一门科学, 还有许多未被认识的领域。我院是医学院校的教学医院, 在您的诊疗过程中可能存在医学生的参与的情况, 另外, 患者的个体差异很大, 疾病的变化也各不相同, 相同的诊治手段可能出现不同的结果。因此, 任何手术都具有较高的风险。有些风险是医务人员和现代医学知识无法预见、防范和避免的医疗意外, 有些是能够预见但却无法完全避免和防范的并发症。医师保证将以良好的医德医术为患者手术, 严格遵守医疗操作规范, 密切观察病情, 及时处理、抢救, 力争将风险降到最低限度。如术中情况有变化及时与家属取得联系。

一、手术中可能出现的意外和风险:

●术中心跳呼吸骤停, 导致死亡或无法挽回的脑死亡 ●难以控制的大出血 ●不可避免的邻近器官、血管、神经损伤 ●病情变化导致手术进程中断或更改手术方案 ●若有术中冰冻切片检查, 术中冰冻切片检查结果仅作为临床手术参考, 最终诊断以常规石蜡病理诊断为准 ●除上述情况外, 本次手术还可能发生下列情况:

1. 需延长切口可能; 2. 断裂肌腱、神经缺损, 需一期或二期移植修复可能; 3. 为防止肌腱粘连, 部分浅层肌腱不予修复, 只修复深层肌腱可能; 4. 手术需分期修复深层组织可能; 5. 血管缺损, 需行血管移植修复可能, 供区不定; 6. 脂肪栓塞、昏迷, 危及生命; 7. 术中大出血, 需输血治疗可能, 甚至危及生命; 8. 皮肤缺损无法覆盖创面, 需行VSD术可能, 价格昂贵; 9. 需植皮治疗可能, 供区不定; 10. 皮肤缺损, 需行皮瓣修复可能, 皮瓣供区依据创面情况决定, 供区需植皮可能, 皮肤来源不定; 11. 根据术中所见以及手术需要更改治疗方法或中断手术可能; 12. 诱发精神障碍可能;

二、手术后可能出现的意外和并发症

●术后出血、局部或全身感染、切口裂开、脏器功能衰竭(包括DIC)、水电解质平衡紊乱 ●术后气道阻塞、呼吸、心跳骤停 ●诱发原有或潜在疾病恶化 ●术后病理报告与术中快速病理检查结果不符 ●再次手术 ●除上述情况外, 本次手术还可能导致下列并发症:

1. 脂肪栓塞; 2. 骨筋膜室综合征、深静脉血栓形成致肢体坏死、全身中毒、肺栓塞、死亡; 3. 切口感染、创口不愈合, 需多次手术治疗可能; 4. 感染致皮肤、肌腱、神经、血管甚至骨髓坏死可能, 严重者致肢体坏死, 需截肢治疗; 5. 感染扩散, 伴发败血症、脓毒血症, 危及生命可能, 需截肢治疗; 6. 伴发如破伤风、气性坏疽等特殊感染可能, 危及生命; 7. 皮瓣全部或部分坏死, 需多次手术可能; 8. 所植皮肤坏死, 需多次手术可能; 9. 修复肌腱、神经断裂, 需手术修复可能; 10. 血管危象, 需多次手术探查可能; 11. 疤痕增生, 影响肢体功能及外观, 需手术治疗可能; 12. 肌腱挛缩、粘连等, 影响肢体功能可

2022.8.16 14:58

手术知情同意书(新版)

姓名 科别 手显微外科 床号 住院号 PID

能; 13. 修复的神经功能恢复不良, 所支配肌肉萎缩, 肢体持续功能障碍, 相应区域疼痛、麻木可能, 影响日常生活; 14. 肢体肿胀、肌萎缩、肢体关节僵硬, 活动受限, 功能障碍, 需多次手术治疗可能; 15. 肢体持续疼痛、麻木等肢体功能障碍可能, 影响日常生活; 16. 其他术后可能出现的并发症如肺尿路感染、褥疮等可能; 17. 皮瓣肿胀, 需多次整形手术治疗可能;

三、其它替代治疗方法的选择: 如患者决定不接受上述治疗方案, 可有以下的选择和风险:

1. 其它选择:

保守治疗

2. 风险:

关节不稳定, 影响功能, 甚至有致畸、致残、功能障碍可能。

四、医师声明:

我已经以患者所能理解的方式告知患者目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生风险和并发症、可能存在的其他治疗方法等相关事项, 给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并作出解答。

谈话医师签名:

日期: 2022年8月16日 13:56

五、患方声明:

1. 我的医师已详细向我讲明上述手术知情同意书两页内容情况, 我已经了解实施该医疗措施的必要性、风险、成功率之相关信息, 以及不实施该医疗措施的风险; 已经了解选择其它医疗措施之风险; 我完全明白有关的解释和回答; 愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而导致的医疗意外及并发症, 并全权负责签字。

2. 我了解该医疗措施可能是目前最适当的选择, 但是其仍然存在风险且无法保证一定能够达到预期目的。

3. 紧急情况处置授权。本人明白除了医生告知的危险外, 医疗方案实施中有可能出现其它危险或者预想不到的情况, 在此我也授权医师, 在遇到预料之外的紧急、危险情况时, 从考虑患者利益角度出发, 按照医学常规予以处置。

我(手写“同意”)

接受该手术方案并愿意承担手术风险。

我(手写“不同意”)

接受手术方案, 并愿意承担拒绝手术而发生的一切后果。

患者(或被授权人)签名:

日期: 2022年8月16日 13:56

注意: 本同意书具有法律效力, 请签署人和医师充分沟通、仔细阅读、认真签署。