



SHENGLI OILFIELD CENTRAL HOSPITAL

手术知情同意书

姓名:

住院号:

尊敬的患者:

您好!

根据您的病情, 您有此手术适应症, 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。帮助您了解相关知识, 作出选择。

一般项目	【术前诊断】1. 脑脓肿 【拟行手术指征及禁忌症】病人有自觉症状, 颅脑CT或MRI显示颅内占位性病变, 无手术禁忌症。 【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可替代的治疗方法和手术方式: 1、姑息手术: 手术风险致肿瘤全切小, 不能全部切除肿瘤组织, 很快复发, 不建议采用 2、药物治疗: 不手术, 无创伤。但药物不能治愈肿瘤。 3、放疗及化疗: 不用手术, 无创伤。治疗方式对机体有损伤, 适用于恶性肿瘤术后治疗。 【建议拟行手术名称】左侧枕部颅内占位切除术 【手术目的】明确病理性质, 为下一步治疗打好基础。 【手术部位】左侧枕部 【拟行手术日期】2019-07-11 【拒绝手术可能发生的后果】继续增大、恶变, 使下一步治疗更加困难, 严重出现昏迷甚至生命危险。 【患者自身存在高危因素】免疫异常 【高值医用耗材】连接片、止血材料等。 ☐ 自费 ☒ 部分自费 ☐ 超过千元 (详见使用自费药品及高值医用耗材告知同意书)
------	--





手术知情同意书

姓名

住院号

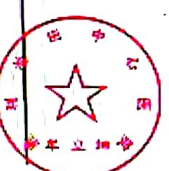
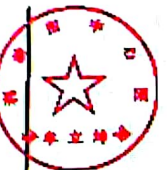


医师告知

术中可能出现的并发症、手术风险：

1. 麻醉意外，引起心脑血管并发症，呼吸、心跳骤停导致猝死，严重者危及生命（详见麻醉科术前知情同意）。
2. 术中大出血，合并失血性休克、DIC等严重情况，甚至威胁生命。
3. 术中不可避免地损伤脑组织、颅神经，引起相应的临床症状，如：术后长期昏迷、植物人存活状态、精神异常、复视、眼球运动障碍、偏瘫、失语、吞咽困难、饮食水呛咳、体温调节紊乱、水电解质紊乱等，甚至可能威胁生命，远期可能有记忆力减退等。
4. 术中需切除后颅窝颅骨，术后导致颅骨缺损。
5. 术中根据情况确定术式，如为肿瘤出血，肿瘤可能无法全切，或者肿瘤为恶性，术后复发。
6. 术后发生脑血管痉挛，引起脑组织供血不足，出现肢体活动障碍、瘫痪、失语，严重者成为植物人存活状态，甚至危及生命。
7. 术后呼吸功能差，气管插管不能拔除，需长期带气管插管甚至气管切开，术后长期昏迷，甚至植物人存活状态。
8. 术后可能出现脑积水，需行脑室-腹腔分流术或其他治疗。
9. 各系统感染。如切口感染、肺炎感染、泌尿系统感染、中枢神经系统感染等，导致切口不愈、迟愈，严重者出现脑膜炎、脑脓肿等长期发热、精神混乱、昏迷、抽搐等，需进一步治疗，甚至危及生命。
10. 术后脑肿胀，合并颅内迟发血肿，远隔部位血肿，可能直接威胁生命，需行二次手术减压或血肿清除。
11. 术后可能需行腰穿检查辅助治疗，可能出现下肢麻木、头痛、腰痛、脊髓或神经损伤可能出现肢体活动障碍，甚至诱发致命性的脑疝。
12. 术后颅内感染重或呼吸功能差需行气管切开、长期带管、或长期呼吸机辅助通气，严重颅内感染难以控制，危及生命可能。
13. 患者由于卧床有发生下肢深静脉血栓及血栓脱落至肺栓塞死亡可能。
14. 疾病本身所致脑功能已丧失部分，可能不因手术而恢复。
15. 术后癫痫，需行长期服药或手术治疗。
16. 疾病诊断需依靠病理结果最终确诊。
17. 其他目前无法预料之意外。如：心肌梗塞引起猝死。
18. 及时交纳住院费用，遵守医院规定，按时出院。

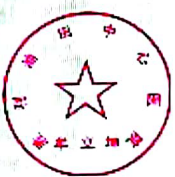
其他：





胜利油田中心医院
SHENGLI OILFIELD CENTRAL HOSPITAL

手术知情同意书



姓名:

住院号:



建设 王强 王强

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。 术后注意 我 理解了 经治医 术者签 时间: 2019年07月10日 12时17分 签字地点: 医师办公室 间: 2019年07月10日 12时17分 签字地点: 医师办公室	患者及委托代理人意见 我及委 医师向我解释过我的病情及所接受的手术，并已就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、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: 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。 我并 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: 委托代理人签字: (关系) 母友 签字时间: 2019年7月10日12时17分 签字地点: 医师办公室 我 (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: 委托代理人签字: 签字时间: 年 月 日 分 签字地点: 医师办公室 如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。
--	--



注: 术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改等，应重新履行告知并签署知情同意书。

