

汕头大学医学院第二附属医院

授权委托书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 34岁 科室 骨关节脊柱外科 床号 Z0909 住院号 504324

尊敬的先生/女士：

我们非常荣幸地能为您提供医疗服务，祝您早日康复！

您在本院住院期间，您对自己的病情和治疗享有知情权和同意权，医务人员会尽量详细地向您解释，并在您接受特殊检查、治疗和手术时请您签署知情同意书。当然，您也可以授权1-2位您的直系亲属或近亲属，委托他（她）们全权代表您行使知情同意权。如果您有此意愿，您可以签署“授权委托书”，我们将尊重您的意愿。

汕头大学医学院第二附属医院

授权委托书

本人因病在汕头大学医学院第二附属医院住院接受检查治疗（包括手术），在本人住院期间，特授权并委托(1) [REDACTED] (关系： [REDACTED]) (2) [REDACTED] (关系： [REDACTED]) 全权代表本人在各种检查治疗（包括手术）过程中行使知情同意权，并代表本人签署各种知情同意书。

授权人（病人）： [REDACTED]

被授权人（1）同意签名： [REDACTED]

被授权人（2）同意签名： [REDACTED]

签署日期： 2017年10月12日

表码：SUMC2H-QR-05/01-158

汕头大学医学院第二附属医院

清创缝合术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 34岁 科室 骨关节脊柱外科 床号 Z0909 住院号 504324

术前诊断：1、左锁骨下动脉损伤；2、左肱骨上段粉碎性骨折；3、左锁骨中外段骨折；4、左肩胛骨粉碎性骨折；5、左臂丛神经损伤；6、蛛网膜下腔出血；7、左枕骨骨折。

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、医师告知：

1. 拟行手术指征及禁忌症：锁骨下动脉损伤。无明显手术禁忌症。
2. 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

手术探查修复术

3. 建议拟行手术名称：左锁骨下动脉损伤探查修复+左锁骨骨折切开复位内固定术。

4. 手术目的：探查修复左锁骨下动脉、固定左锁骨骨折。

5. 手术部位：左肩。

6. 拟行手术日期：2019.10.4

7. 拒绝手术可能发生的后果：左上肢缺血坏死。

8. 患者自身存在高危因素：左肩多处骨折；左锁骨下动脉邻近心脏，出血凶猛。

9. 术中可能使用的高值医用耗材 ☐ 自费 ☐ 部分自费 ☐ 超过千元

10. 术中或术后可能出现的并发症、手术风险

☐ (1) 麻醉意外，严重者可出现休克、甚至危及生命；

☐ (2) 根据术中探查情况决定术式，行血管探查吻合、修复术等；

☐ (3) 术中探查可能致血管断端大出血，严重者可致休克甚至危及生命。术后可能需转ICU抢救治疗，预后差，费用高。左锁骨下动脉毁损，无法修复，需行结扎术，术后肢体缺血坏死，需行截肢术；吻合血管再次破裂，需再次手术。吻合血管血栓形成，需再次手术。术中出血其他特殊无法预料情况，术中需行相应处理。

☐ (4) 围手术期心、肺、脑血管意外出现；

☐ (5) 术中如果损伤过于严重，修复难度过高或无修复可能，则视情况决定是否残端修整甚至截肢，如或者损伤不便于一期修复时，则可能行二期修复；

☐ (6) 伤口并发症：出血、血肿、裂开、不愈合、感染，瘻管及窦道形成；各种原因伤口不能一期闭合，需植皮、皮瓣移植或延迟关闭等；术后切口或创口部疤痕形成，甚至可能形成增殖性疤痕或疤痕疙瘩。

☐ (7) 术中止血带或尿管并发症，皮肤、血管、神经等损伤，尿管脱落、尿道、膀胱损伤等出现；

☐ (8) 术后肌腱粘连，各种原因引起的肌腱再次断裂，需再次手术松解或缝合；

☐ (9) 术后血管痉挛、栓塞等，引起供血区坏死，可能需皮瓣移植、截指（趾）等；

☐ (10) 术后神经功能恢复缓慢甚至不恢复，导致支配区运动及感觉障碍，痛性神经瘤等；

表码：SUMC2H-QR-20-013

清创缝合术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 34岁 科室 骨关节脊柱外科 床号 Z0909 住院号 504324

- ☐ (11) 术后可能需完善必要的影像学检查,以明确是否合并骨折及异物残留等,可能需要进一步骨折固定异物清除等处理,但不能完全排除影像学阴性的异物残留;
- ☐ (12) 术后可能需石膏等外固定;
- ☐ (13) 术后肢体可能残留不同程度畸形,功能恢复不满意,相邻关节僵硬,僵直,长时间肢体反复肿胀,顽固性疼痛,麻木,影响工作与生活,可能需要进一步手术可能;
- ☐ (14) 术后因长期卧床或肢体制动可能出现坠积性肺炎、褥疮、废用性骨质疏松、血栓闭塞性脉管炎、泌尿系感染、下肢静脉血栓形成,严重者肺栓塞,甚至死亡;
- ☐ (15) 其它难以预料的严重情况或预计到但无法避免的意外情况出现,导致病情加重;
- ☐ 其他: 此次手术只行左锁骨骨折切开复位内固定术。为显露锁骨下血管,有需锁骨截骨可能。二期行左肱骨、左肩胛骨骨折切开复位内固定术,臂丛神经损伤视术后情况进行相应处理。因臂丛神经损伤,术后恢复效果欠佳,左上肢功能障碍。

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。

术后主要注意事项

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

签字时间 2017年10月6日 时 分

签字地点

术者签字

签字时间 2017年10月6日 时 分

签字地点

二. 患者及委托代理人意见:

我及委托代理人确认:

医师向我解释过我的病情及所接受的手术,并已就 (请填第()到()项) 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。

(请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容,我做以下声明”字样)

我 同意 (填同意) 接受该手术方案并愿意承担手术风险。

并授权医师: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

表码: SUMC2H-QR-20-013

汕头大学医学院第二附属医院

清创缝合术知情同意书

04324

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 34岁 科室 骨关节脊柱外科 床号 Z0909 住院号 504324

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 2017 年 10 月 4 日 5 时 15 分 签字地点 骨科

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 [REDACTED] 委托代理人签字 [REDACTED]

签字时间 年 月 日 时 分 签字地点

三、备注（如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此项中说明。）

注：术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应重新履行告知并签署知情同意书。

表码：SUMC2H-QR-20-013