



手术知情同意书

科室：骨科一病区

床号：31

住院号：[REDACTED]

患者姓名：[REDACTED]

性别：男

年龄：19岁

术前诊断：1. 创伤后左肘关节僵硬 2. 左肘关节疤痕增生挛缩

拟行手术：左肘关节僵硬松解术

手术部位：左上肢

麻醉方式：全麻

手术存在风险和对策告知：

医师告知我该手术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据病人的具体情况会有所不同，医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1、我理解任何手术、麻醉或其他侵入性操作都存在风险。

2、我理解使用任何药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，严重时甚至危及生命。

3、我理解此手术有可能发生以下风险：

1) 麻醉意外，严重者可致休克、甚至危及生命；

2) 根据术中情况变更术式或内固定方式；

3) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如运动神经损伤致相应肌肉功能失支配，引起肢体功能障碍甚至残疾；皮神经损伤致相应部位麻木疼痛；血管损伤导致大出血，严重者可致休克，肢体缺血性挛缩甚至危及生命。

4) 围手术期心、肺、脑血管意外出现：

a) 脑出血或脑栓塞，神志不清，昏迷甚至死亡；

b) 心律失常，心肌梗死，心力衰竭，血压降低，休克，甚至死亡；

c) 肺栓塞，呼吸功能障碍，呼吸衰竭甚至死亡；

5) 伤口并发症：出血、血肿、裂开、不愈合、感染，瘘管及窦道形成；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。

6) 术中止血带及尿管并发症出现。

7) 关节松解等的意外情况，需行二次或多次手术：

a) 肘关节周围骨折碎裂、移位较重，骨折对位对线不满意，术后畸形愈合，术后可能需辅助外固定或牵引治疗，双上肢不等长；

b) 术后肢体功能恢复不满意，缺血性肌挛缩，邻近关节僵硬，僵直，异位骨化，疼痛，活动受限，创伤性关节炎；

c) 术后关节强直复发、周周围软组织挛缩导致肘关节活动障碍等；

d) 手术影响血供，并发缺血性骨坏死等

e) 术后伤口感染，骨髓炎；

f) 术后肘关节不稳，易脱位等；

8) 患者疤痕体质导致疤痕异常增生限制肘关节活动等；

9) 术后继发感染，甚至骨髓炎，针道部疼痛、渗血等症状，甚至周围软组织继发坏死。

10) 术后因可能出现废用性骨质疏松、深静脉血栓形成，严重者肺栓塞，甚至死亡；

11) 术后可能因压迫性或废用性骨质疏松，或者其它意外暴力导致创伤部位再骨折；

12) 不恰当的功能锻炼或过早负（持）重，可能导致内固定物松动、脱落或断裂；

13) 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；

患者（家属）签名：[REDACTED]

1

医师签名：[REDACTED]

骨科



中南大学湘雅二医院
The Second XiangYa Hospital of Central South University

14)除上述情况外,本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项。如:术后复发、伤口感染、疤痕异常增生等,

4、我理解上述任何风险一旦发生,可能需要二次、多次手术,病情严重时可能需要入重症监护室(ICU)监护治疗,同时可能会增加住院时间及费用。

5、我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓、免疫病等全身性疾病或慢性病,或者有吸烟史、饮酒史、既往重大外伤或手术史、既往放疗化疗或靶向治疗史,以上这些风险可能会加大,或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

6、我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱,可能影响手术效果。

7、我理解在危急情况下,医师可能需要根据我的病情对预定的手术方式做出调整或终止手术。

8、我理解某些治疗用药、辅助用药或器械器材为医保范围之外,需自费负担。

特殊风险告知

我理解根据我个人的病情,我可能出现以下特殊并发症或风险:

如不进行手术,可能面临的风险告知:

一旦发生上述风险和意外,医师会采取积极应对措施,这些措施是基于现有的医学知识和医疗手段,并非尽善尽美,而且医师并不能确保这些治疗和措施最终能够带来好的结局。

医师签名: _____

签名日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 时 ____ 分

患者知情选择:

- 我的医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- 我已听懂、理解手术的必要性和上述所列的风险和并发症的含义,已明白其中有一些是难以预知和/或无法避免的。
- 我同意在手术中医师可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医师甚至多学科医师共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 经慎重考虑,我明确表示同意接受并授权中南大学湘雅二医院为我实施本次手术。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查、

医学相关研究和医疗废物处理等。

患者签名: _____

签名日期: 2017 年 5 月 12 日 17 时 30 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权委托的亲属签名:

患者授权亲属签名: _____

与患者关系: _____

患者(家属)签名: _____

医师签名: _____



中南大学湘雅二医院
The Second XiangYa Hospital of Central South University

签名日期：____年__月__日__时__分

患者拒绝手术声明：

经过医师详细告知，我已经充分了解病情及不进行手术可能发生的后果，经认真考虑，我自主决定拒绝手术治疗，并且愿意承担因不施行手术而发生的一切后果，特此签字声明。

患者签名：_____

签名日期：____年__月__日__时__分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权委托的亲属签名：

患者授权亲属签名：_____ 与患者关系：_____

签名日期：____年__月__日__时__分

医师陈述：

我已经告知患者及家属将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者及家属关于此次手术的相关问题。同时已经告知患者及家属我们将以科学、严谨、负责的态度对患者进行相应治疗，若出现相关法律、法规认定的医疗差错事件，医院将承担相应责任。

医师签名：_____

签名日期：2017年5月12日17时31分

注：1、请在认真考虑后做出您的选择，根据您的决定在相应声明处书写“我做以上声明”字样并签字；

2、签字者原则上应为患者本人，家属可以但并非必须同时签字。在患者本人丧失行为能力或因保护性医疗无法签字时，需由其法定代理人或委托代理人作为家属签字。

患者（家属）签名：_____

医师签名：_____