

# 苏州大学附属第一医院

## 手术知情同意书

姓名: <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>	性别: 女	年龄: 25岁	科室: A东16区骨外科	床号: <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>	住院号: <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>
--	-------	---------	--------------	--	---

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有病理性骨折伴不全瘫, 需要在全麻麻醉下进行胸椎骨折后路椎板切除减压、椎弓根内固定术(胸椎后路减压、病损清除、椎弓根内固定术)。

手术目的: ☒①进一步明确诊断 ☐②切除病灶 ☒③缓解症状 ☐④其他

预期效果: ☒①疾病诊断进一步明确 ☒②疾病进展获得

☒③症状部分缓解 ☐④其他

### 手术潜在风险和对策:

医生告知我如下手术可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术式根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生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生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策: 1) 麻醉并发症, 严重者可致休克, 危及生命; 2) 术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命; 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式; 4) 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合, 瘻管及窦道形成; 5) 脂肪、羊水栓塞: 严重者可致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命; 6) 呼吸并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等; 7) 心脏病并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停; 8) 尿路感染及肾衰; 9) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫; 10) 精神并发症: 手术后精神病及特别的其他精神问题; 11) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞; 12) 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血); 13) 水电解质平衡紊乱; 14) 诱发原有疾病恶化; 15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符; 16) 再次手术; 17) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术; 18) 病灶切除不全, 或肿瘤残体存留; 19) 术中损伤神经、血管及邻近器官;

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 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。5. 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。6. 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(受托人/监护人)特别注意的其他事项, 如7、术中损伤血管, 大出血致失血性休克甚至死亡可能; 8、术中损伤神经、马尾, 致大小便等功能障碍; 9、术后原有症状不能改善, 甚至加重; 10、术后切口感染、椎间隙炎、化脓性脊柱炎、硬脊膜损伤、脑脊液漏可能; 11、术后临近节段退变加快, 腰痛、活动受限可能; 12、术后内固定松动, 断裂, 内植物移位、突出需再次手术可能;

13、引流不通畅, 出现血肿, 可能需手术清除; 14、术后切口感染、不愈合、皮肤坏死可能; 15、围手术期发生创伤性脑病、多器官功能衰竭、下肢深静脉栓塞、脂肪栓塞、肺栓塞, 长期卧床致肺部严重感染、褥疮等情况; 16、术中根据具体情况有改变手术方式可能; 17、植骨区骨不连, 感染, 排异等可能; 18. 术后融合失败, 可能需要二次甚至多次翻修手术; 19、骨水泥渗漏, 渗漏至椎管可能损伤脊髓, 严重者可能致瘫痪 20、注入骨水泥, 可能出现的毒性反应, 或者放热导致周围组织损伤 21、可能导致临近节段退变加速 22、水泥渗漏至周围血管中, 可能导致肺栓塞、脑栓塞等严重后果 23、人体对骨水泥可能出现的排异反应 24、术后原有症状无法完全缓解, 甚至加重; 25 以上对孕妇的危险, 必要时需请妇产科协助诊治; 26 、术后情况不稳定必要时送入ICU监护; 27、其它不可预知的风险。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

### 患者知情选择

1. 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。2. 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。3. 我理解我的操作需要多位医生共同进行。4. 我并未得到操作百分之百成功的许

# 苏州大学附属第一医院

## 手术知情同意书

诺。5. 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者（受托人/监护人）签名                      如果患者无法签署知情同意书，请其受托人/监护人签名）

签名日期 2017年05月11日

医生陈述

我已经告知患者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、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 姜为民 签名日期 2017年05月11日

注：本联一式两份，一份由患者保存，一份病历留存。

