



手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 耳鼻咽喉科病房(3-6)

床号: 22

住院号: [REDACTED]

1 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读,提出与本次手术操作有关的任何疑问,决定是否同意进行手术或操作。

2 由于已知或未知的原因,任何手术或操作都有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤甚至死亡。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外,在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前,医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间,您都有权接受或拒绝本手术/操作。

3 您的主诊医生是 程可佳 您的经管医生 刘永才周敏俐

术前诊断 1.眼眶疾患(右侧 白血病浸润? 感染?) 2.慢性鼻窦炎(双侧) 3.白

拟施行的手术/操作名称: 经鼻内镜右眼眶减压术+眶内容物活检术准备

需要分次手术: ☐ 是 ☒ 否

4 医生会给您解释:

4.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果:

降低眼眶内压力,缓解症状,明确诊断

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

a 手术中可能出现的意外和危险性:

1. 麻醉意外

2. 难以控制的大出血

3. 药物过敏

4. 导致死亡或无法挽回的脑死亡

5. 术中心跳呼吸骤停

6. 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案

7. 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤,将导致患者残疾或带来功能障碍

8. 其他: 术中出血量大,止血困难,导致手术中止,必要时需要紧急输血;

术中损伤颅底,造成脑脊液鼻漏

术中鼻中隔偏曲矫正准备

b 手术后可能出现的意外及并发症:

1. 术后出血

2. 局部或全身感染

3. 切口裂开

4. 脏器功能衰竭(如弥漫性血管内凝血)

5. 水电解质平衡紊乱

6. 术后气道阻塞

7. 呼吸、心跳骤停

8. 诱发原有疾病恶化

9. 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符

10. 再次手术

☒ 其他:

术后视力无法缓解。眶内出血导致眼眶压力进一步升高,严重情况下需要进一步行眼球摘除术。眼眶与鼻腔相通后,鼻腔感染波及眼眶内,造成眼眶广泛感染,严重情况下需要进一步行眼球摘除术。眶减压后眶内感染仍无法控制,严重者需要进一步行眼球摘除术。眶筋膜切开后,眶内容物突入鼻腔内术后根据病理结果制定下一步治疗计划。手术



手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 耳鼻咽喉科病房(3-6)

床号: 22

住院号: 0 [REDACTED]

麻醉刺激, 导致其他严重并发症发生。

4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现的各种并发症, 我们将根据现代医疗规范, 采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全, 使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: ①术前: 认真评估病人, 选择合适的治疗方案。②完善各项必须的术前检查, 如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。
- 2) 术中: ①严密监测生命体征变化, 保持生命体征平稳, 备齐各种急救设备, 随时处理术中出现的各种情况; ②仔细操作, 动作轻柔、准确。③严密止血。
- 3) 术后: 严密监测生命体征及手术部位变化, 并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它

4.4 可供选择的其它治疗方法: 保守治疗

您选择的治疗方案: 手术治疗

- 5 如需植入内置物, 您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型: 无
- 6 您的主刀医生是: [REDACTED], 助手 [REDACTED] 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士, 必要时邀请病理及放射医生。
- 7 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行, 术中如有紧急或事先没有预料的情况发生, 医生将及时与家属取得联系, 根据出现的情况, 医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。
- 8 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品, 他/她将会告诉您有关输血或血制品的风险、利弊, 这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此, 您有权同意或拒绝接受输注血液或血制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。
- 9 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置和科学研究。
- 10 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩, 也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。
- 11 为了确保您对上述内容的准确理解, 在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前, 医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问, 希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;
- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

签名 [REDACTED] 期 2017 年 4 月 7 日 12 时

(☐ 患者本人 ☐ 配偶 ☒ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)

谈话医生 [REDACTED]

日期 2017 年 4 月 7 日 12 时



浙江大学医学院附属第一医院
浙江省第一医院

患者授权委托书

姓名: [REDACTED]

病区: 耳鼻咽喉科病房(3-6)

床号: 22

住院号: [REDACTED]

本人在院诊疗期间,有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书,郑重委托
_____, _____, _____, _____,
_____作为我的代理人, 代为行使在院期间的知情同意权利, 并履行相应的签字手续, 全权代
表本人签字, 被委托人的签字视同本人的签字。

一经授权人签字, 本授权书即生效; 被授权人之行为视同本人知悉与同意, 经委托人签名同意后所实施
的诊疗行为, 若产生不良后果将由本人承担。

授权人签名: _____

授权人签名

身份证号码: _____

[REDACTED]

被授权人签名

[REDACTED]

身份证号码

[REDACTED]

与患者关系:

母女

被授权人签名: _____

身份证号码: _____

与患者关系: _____

被授权人签名: _____

身份证号码: _____

与患者关系: _____

被授权人签名: _____

身份证号码: _____

与患者关系: _____

被授权人联系号码: _____

[REDACTED]

日期/时间: 2017 年 06 月 07 日 12 时

备注: 被授权人仅限于相关法规所规定的近亲属、代理人和关系人。