

# Informed consent form of patient

Case 1.

广西医科大学第一附属医院			
神经外胚层瘤术后化疗知情同意书			
姓名: [REDACTED]	性别: 女	年龄: 5岁11月	科室: 小儿外科
一、病情及所需特殊治疗		7. 生殖功能减退, 可致不育; 或引起细胞 (包括生殖细胞) 畸形、畸变等。	
医生已解释如下病情 (诊断):		8. 静脉注射可引起静脉炎、血栓、局部组织坏死。	
1. 神经外胚层瘤术后化疗		9. 某些化疗药可以导致特定器官的毒性反应, 例如阿霉素类药可以引起心脏毒性。	
		10. 化学药物在手术中局部使用, 可能引起腹水增多、感染扩散、异物反应、组织或脉管腐蚀等, 但发生率极低。	
		11. 其他。	
		(以上内容为医师所告知的患者的病情、所需手术 / 操作 / 治疗及其风险)	
结合上述病情 (诊断) 建议做如下特殊治疗:			
神经外胚层瘤术后化疗			
二、特殊治疗风险			
上述特殊治疗有如下风险:			
1. 骨髓抑制所致白细胞和血小板减少引起的发热、感染、出血甚至重症感染、败血症、消化道出血、眼底出血、颅内出血等。			
2. 胃肠道反应: 纳差、恶心、呕吐、腹泻。口腔溃疡、消化道糜烂等。			
3. 心脏、肝脏、肺脏及肾脏等功能可能受到化疗药损伤。			
4. 脱发, 脱皮, 甚至剥脱性皮炎。			
5. 某些化疗药物可引起指 (趾) 端麻木、感觉异常, 鞘内注射化疗药物可能有头痛、抽搐、神经瘫痪等。			
6. 某些化疗药物可致过敏反应, 甚至过敏性休克。			
如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字			
我已明白和理解医师告知的全部内容			
(请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容)			
[REDACTED]			
(患者本人/患者代理人签字)			

Case 2.

# 广西医科大学第一附属医院

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 3岁4月 病案号: [REDACTED] 科室: 小儿外科一病区

### 一、病情及所需手术

医生已解释如下病情(诊断):

1. 阴道肿瘤

8. 术后切口感染, 皮瓣坏死, 切口裂开, 必要时再次手术植皮。
9. 术后肺部感染、尿路感染等。
10. 术后出血。术后有可能长期排尿困难, 需要留置导尿等处理。远期性功能异常、影响生育等。
11. 必要时术后化疗、放疗等治疗。
12. 使用一次性手术器械、自费药品; 术后可能需要回监护病房, 费用高。
13. 其他。

(以上内容为医师所告知的患者病情, 所需手术及其风险。)

结合上述病情(诊断)建议做如下手术:

阴道肿物切除术

### 二、手术风险

上述手术有如下风险:

1. 麻醉意外。
2. 心脑血管意外、术中大出血、失血性休克, 严重者死亡。
3. 术区大血管、神经、器官等意外损伤, 引起相关器官功能障碍, 甚至残废。
4. 肿瘤不能完全切除, 只能行部分切除或仅做肿瘤活检。
5. 肿瘤术后复发, 转移。
6. 术后局部渗液、瘻道形成、尿瘻、粪瘻等。
7. 术中有可能需要切除部分器官, 如尿道、处女膜、阴道、子宫等。

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

我已明白和理解医师告知的全部内容

(请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容)

内容 [REDACTED]

(患者本人/患者代理人签字)