

此件仅供  
用于办理

浙一医院

病历使用



浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

## 手术知情同意书

- 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 毛祺琦 您的经管医生 毛祺琦

术前诊断 皮肤撕脱伤（会阴部）

拟施行的手术/操作名称：会阴部清创+负压吸引

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：

清除感染，择期皮肤回植

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：

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： 1. 阴茎阴囊坏死。2. 会阴部感染。3. 性勃起功能障碍。4. 生殖功能障碍。

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，选择合适的手术方案。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。

此件仅供  
用于办理



浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

手术知情同意书

姓名

[Redacted Name]

- 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： 无

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： 毛祺琦 ，助手 蒋帅 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉医生和手术室护士，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液制品的风险、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。

谈话医生 蒋 日期 2018 年 09 月 30 日 16 时 25 分

签 名 [Redacted Signature] 2018 年 09 月 30 日 16 时 25 分

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