

患者授权委托书

住院号13066509

我是贵院病员_____，现委托_____全权处理我在贵院诊疗期间的一切事物（包括：签署手术及各类告知同意书、术前谈话、诊疗过程中的决定权、处分权以及其他需要办理的一切手续等），由此产生的一切不良后果由委托人承担。

受委托人（签名）：

受委托人与委托人关系:

2018年 5月 10日

附：委托人身份证复印件

受委托人身份证复印件



安徽省立医院

手术知情同意书

科别骨科(南区)

病区骨科(南区)

床号加10

住院号13066509

尊敬的患者:

您好!根据您目前病情,医师特向您介绍手术相关内容,帮助您了解相关知识,作出选择。

【术前诊断】:脊髓型颈椎病 颈椎后凸

【拟行手术指征及禁忌症】:术前诊断明确,无明显手术禁忌。

【替代医疗方案】/

根据您的病情,目前我院主要有如下治疗方法和手术方式:

1.手术治疗 2.保守治疗

【建议拟行手术名称】颈椎前路椎体次全切除+钛网重建+钉板内固定术

【手术目的】解除压迫,缓解症状

【拟行手术日期】2018年05月11日

【拒绝手术可能发生的后果】症状持续存在,甚至加重

【患者自身存在高危因素】/

【手术风险(以下部分风险可能造成患者伤残或死亡)】

- 1、麻醉过程中出现呼吸、循环衰竭,心脑血管意外。
- 2、术中损伤神经:喉返神经、喉上神经出现声音嘶哑,饮水呛咳等。损伤血管。出血多,血肿形成,形成需输血,以及输血并发症。术中损伤气管、食管以及甲状腺等造成术后相应的症状。术中根据所见采取具体的手术措施,必要时改变手术方式或者停止手术。术中脂肪栓塞造成重要器官包括心、脑、肺、肝、肾等出现可逆以及不可逆的功能障碍以及死亡等。术中可能无法切除突出的椎间盘或其它致压物,可能损伤硬膜囊致脑脊液漏。术中瘫痪加重。
- 3、术后感染:包括切口感染和关节感染,以及肺部、泌尿系等部位感染,椎间隙以及中枢神经系统感染等,术后可能出现切口出血、渗血致脊髓受压,导致患者瘫痪甚至死亡。术后可能突发喉痉挛或切口出血致气管受压,导致窒息死亡。
- 4、手术刺激:可能导致肢体感觉、运动障碍或肛门、膀胱括约肌功能障碍或性功能障碍在术后暂时有所加重。由于脊髓受压病程较长、神经功能受损严重,导致脊髓已变性(MRI T2加权像见脊髓异常高信号影),减压后症状及体征改善可能不明显,甚至因手术后脊髓水肿、再灌注损伤或其它原因导致症状加重。术后因椎管内疤痕形成,脊髓、马尾、神经根粘连、受压而出现脊髓功能的再损伤,神经根损伤症状。
- 5、内固定物可能松动、脱落或断裂,术后因颈椎内固定或植骨融合,致颈椎功能可能受限或部分丧失,并可能出现颈肩部、项背部或胸腰部疼痛、畸形。术后植骨可能不愈合或延迟愈合,植骨块可能移位,压迫脊髓。取骨处可能疼痛。术后因颈椎其他节段有压迫,或颈椎管有狭窄,或术后复发,需二次手术治疗
- 6、深静脉血栓形成(肢体肿胀)以及栓子脱落造成重要器官的损伤或死亡等



安徽省立医院

手术知情同意书

姓名 科别骨科(南区) 病区骨科(南区) 床号加10 住院号13066509

- 7、术后诱发其潜在性疾病(目前常规检查不能发现)需进一步治疗等,严重者可能危及生命。其他并发症,包括心肺基础疾病加重、消化道出血等。
- 8、如出现紧急意外,医生有采取急救措施的权利(如气管切开等)
- 9、其它不可预知的并发症。

由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异,意外风险不能做到绝对避免,且不能确保救治完全成功,可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,恳请理解。

【术后主要注意事项】

经治医师已向患者解释清楚本知情同意书的全部条款,患者或患者直系亲属、委托代理人已充分了解本知情同意书的全部内容。

经治医师签字:刘鹏飞

签字时间:2018年05月10日 12:20

手术医师签字:贺瑞

签字时间:2018年05月10日 12:20

患者或直系亲属及委托代理人确认:

医师已对患者病情及拟实行的手术进行充分告知,并已就术中或术后可能出现的并发症、手术风险进行了详细说明。患者或直系亲属及委托代理人了解手术可能出现的上述风险、效果及预后等情况,并知道手术是创伤性治疗手段,由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响,术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况:

医师已向患者或直系亲属及委托代理人解释过其他治疗方案及其风险,患者或直系亲属及委托代理人有权拒绝或放弃此手术,也知道由此带来的不良后果及风险,患者或直系亲属及委托代理人已就患者的病情、该手术及其风险以及相关的问题向医师进行了详细的咨询,并得到了满意的答复。

同意手术并授权医师:在术中或术后发生紧急情况下,为保障患者的生命安全,医师有权按照医学常规予以紧急处置。(同意手术,下面填写“已知手术风险,同意手术。”不同意手术:填写“拒绝手术。”)

已知手术风险 同意手术

患者或直系亲属及委托代理人签字

签字时间:2018年5月10日



安徽省立医院

手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 科别骨科(南区) 病区骨科(南区) 床号加10 住院号13066509

不同意手术: (填写“拒绝手术。”) _____

患者或直系亲属及委托代理人签字: _____ 签字时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

备注:

- 1、如果患者或直系亲属及委托代理人拒绝签字, 请医生在此栏中说明: _____。
- 2、若委托代理人签字需提交患者或直系亲属签署的授权委托书。
- 3、患者或直系亲属及委托代理人在每页页脚空白处均签名。

