

## 手术知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄: 54岁

住院号 [REDACTED]

患者因病于2019年03月25日入住我院 二院普外科II 科室 二院普外科II病区 病区。根据患方所陈述的病情、存在的症状及有关检查,术前诊断为: 1. 骶尾部肿物 针对病情,经治医生详细告知患者目前技术条件下可行的治疗方案包括: ☒ 会阴疝修补术 手术治疗 ☐ 介入治疗 ☐ 放射治疗 ☐ 药物治疗 ☐ 治疗等方法,并详细向患者介绍了各种治疗方法的利弊。

患者经谨慎选择后,要求行 会阴疝修补术 治疗方式。

### 手术潜在风险告知:

医生告知手术治疗是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体的特异、病情的差异性及年龄等因素,绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。由于已知和无法预见的原因,本手术有可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生医疗风险:

1. 任何手术麻醉都存在风险。
2. 任何所用药物都可能产生副作用,包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克,甚至危及生命。

### 3. 此手术可能发生的风险:

- (1). 心脑血管意外(心梗、脑梗、脑出血等),生命危险;
- (2). 麻醉过程中,可能发生呼吸、心跳骤停等意外风险。
- (3). 手术过程中,因病变浸润、炎症、解剖异常等因素,可能发生术中难以控制的出血,并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能,手术中发现病变不能切除,则行姑息手术或仅作探查。
- (4). 术后可能发生切口感染、化脓,肺部感染、泌尿道感染等,严重者可导致败血症,瘘或窦道形成,切口不愈合,组织或器官粘连,术后再出血、再次手术的可能以及心、肝、肺、胃、脑等器官或系统的并发症或疾病身体本身发展所致的不良转归。

### (5) 其它难以或无法预计的情况。

☒ (6)、一次性耗材不能报销(补片约20000元/张,钉枪约7000元/把),其他不可预知的风险。

☒ (7)、术中、术后出血可能,术中损伤邻近组织和脏器(腹壁血管、神经,腹腔内肠管、网膜等);迟发性损伤可能需要二次手术。

☒ (8)、术后感染(如腹腔、呼吸道、泌尿系、切口等);肠瘘、切口愈合不良、脂肪液化、切口裂开。

☒ (9)、术后脏器功能不全、衰竭;水电解质、酸碱、糖代谢紊乱;术中、术后心肺脑血管等意外,术后可能需长期呼吸机辅助呼吸,术后深静脉血栓形成,脑梗塞、肺栓、腹内脏器或肢体坏死。

☒ (10)、术中使用补片修补,术后可能有感染、异物反应等风险。

☒ (11)、术后切口疼痛、感觉异常,局部肿胀、瘀斑、积血、积液,顽固性水肿可能。

☒ (12)、患者补片位置放置较复杂,手术存在不能完全修复可能,补片置入也难免不复发。

江苏省人民医院  
南京医科大学第一附属医院  
手术知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 54岁 住院号: [REDACTED]

☒ (13)、患者术前服用杜密克排便, 术后排便功能可能不能改善。

☒ (14)、暂拟行会阴疝修补术(微创), 根据手术探查情况决定进一步手术方式, 有中转开腹可能。

4. 如果患有高血压、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. 术后如果体位不当或不遵医嘱的不良后果。

6. 本手术过程中根据病情需要可能进行冰冻快速病理检查。该检查是在手术中进行病理诊断的一种方法, 一般在半小时左右出具诊断意见, 为临床手术治疗提供参考。由于时间较短、取材有限等诸多因素的影响, 存在一定比例的假阳性和假阴性, 最终病理诊断需待常规石蜡切片。

7. 根据患者的病情, 患者可能出现未包括在上述医生告知的并发症以外的风险。一旦发生上述风险和意外情况, 医务人员会采取积极应对措施。

患者同意手术的确认:

☒ 我的医生已经告知我准备进行的手术方式、术中及术后可能发生的并发症和其它风险。我知晓可供选择的治疗方式及其利弊, 我选择 会阴疝修补术 治疗方式。

☒ 我授权医生在手术中可以根据我的病情对预定的手术方式(包括手术范围)做出调整。

☒ 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

☒ 我授权医生对手术切除的病变器官、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。

☒ 医生已口头向我告知本手术知情同意书的具体内容, 我理解本知情同意书的内容和含义, 我知晓本手术知情同意书签订后, 在手术正式施行前, 我有权决定放弃该手术。

医患双方共识:

1、本同意书经医患双方慎重考虑后签署, 其内容为双方真实意思表示, 并确认医方已履行了告知义务, 患方已享有知情、选择及决定权的权利, 并受法律保护。

2、医患双方相互理解、相互配合, 努力实现治疗疾病的共同目标。

3、本同意书一式二份, 医患双方各执一份。

患者或近亲属或法

定代理人签字:

患者签字日期: 2019年03月29日

院经治医生签字: 黄黎峰

医生签字日期: 2019年03月29日

术者签字: 陈思梦

签字日期: 2019年03月29日

江苏省人民医院  
南京医科大学第一附属医院

手术部位标识单