

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名:

第(1)页

病案号:

患者姓名: 性别: 女 年龄: 26岁 科室: 整形美容外科

目前诊断: 乳房扩张器植入术后 双侧; 乳头乳晕高位畸形 双侧 乳房上提术后; 乳房萎缩 双侧 乳房假体取出术后; 乳房下垂 双侧 乳房上提术后

拟行手术(操作)名称: 双侧乳头乳晕高位畸形矫正, 双侧胸部扩张器取出术

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

1. 麻醉意外;
2. 围手术期心脑血管意外;
3. 术后泌尿系感染、肺部感染、下肢静脉血栓形成、肺栓塞等危及生命可能;
4. 手术目的为矫正双侧乳房上提术后乳头乳晕高位畸形, 术中根据术中情况决定最终手术方式及切口位置和长度, 本次手术为多次手术的第二期手术, 患者可能需再次或多次手术进行双侧乳房组织对称性调整, 手术最终效果不确定, 最终效果可能并不理想, 不能完全矫正前次手术造成的乳房畸形。
5. 术中可能对邻近组织或器官造成副损伤, 如局部神经、肌肉、血管等损伤, 导致出血、感觉运动异常等;
6. 术中术后出血、术后血肿、血清肿、积液形成, 需输血并紧急手术止血、手术清除血肿;
7. 术后组织血运不良、切口延迟愈合、切口裂开、术区感染、脓肿、窦道形成等情况, 可能需长期换药甚至多次手术可能;
8. 术后切口瘢痕增生, 瘢痕不完全对称, 瘢痕挛缩, 疼痛, 影响美观可能;
9. 术后双侧乳房不完全对称, 局部凹陷, 外观不佳, 手术达不到患者期望的结果, 可能需再次修整;
10. 术后胸部感觉异常, 感觉过敏, 感觉减退可能;
11. 术后扩张皮瓣血运障碍、皮肤色泽、感觉改变、毛细血管增生, 影响外观及效果, 需长期换药, 甚至再次手术, 再次手术费用自理;
12. 术后扩张皮瓣回缩, 导致手术效果不佳;
12. 术后乳房上极凹陷, 外观不美, 需要再次修复;
13. 术后乳头乳晕感觉变化, 乳头受刺激兴奋性增强或者感觉减退;
14. 术后乳腺管堵塞, 乳头感觉受损, 乳腺组织受损;
15. 术后局部肿胀、淤血需一段时间方能恢复;
16. 扩张区域皮肤变薄、色素改变、毛细血管增生, 不能恢复可能;
17. 其他不可预计意外。

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名:

第(2)页

病案号:

相关替代治疗方案:

继续观察, 暂不手术

选择相关替代治疗方案的风险:

症状及外形不改善, 延误治疗时机

医生声明:

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及所需治疗的必要性及其风险

2. 相关替代治疗方案及其风险

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

询问上述情况的相关问题及其他问题

患者本人/近亲属/代理人声明:

1. 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险/并发症以及这些风险/并发症带来的后果。

2. 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。

3. 医生已解释替代治疗方案及其风险。

4. 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。

5. 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。

6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。我确认本人具备合法资格签署本同意书。

7. 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。对医生的回答感到满意。

(医师签名)

(签字日期)

2017-12-22

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

(请与横线上抄写: 同意)

(请与横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

(签字日期)

2017-12-22