

第三军医大学西南医院

植皮手术知情同意书

患者姓名：

性别：男

年龄：49岁

科室及病区：烧伤科监护室

床号：508

ID号：

尊敬的患者、患者家属、授权委托人：

您好！患者现患有疾病：1、火药火焰烧伤75%（深Ⅱ° 30%；Ⅲ° 45%）头面颈部、躯干、臀部及四肢；2、高乳酸血症。，根据目前病情可选择以下治疗方案：

1. 双上肢切削痂清创MEEK植皮术+双手背网状皮植皮术+躯干及双下肢取皮术

2. 全身多处保守换药处理

在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行双上肢切削痂清创MEEK植皮术+双手背网状皮植皮术+躯干及双下肢取皮术治疗。

就患方选择的治疗方案，特告知可能出现以下一些风险或意外情况，但不常规的风险可能没有在此完全列出：

1. 任何麻醉都存在风险，甚至危及生命；
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. 术中、术后发生心脑血管意外，致患者死亡；
4. 术中大出血，可导致失血性休克，危及生命；
5. 术中神经、血管、肌腱及供皮区皮肤损伤，术后可导致术区毛发生长、运动、感觉功能障碍以及供皮区秃发、创面无法愈合等；
6. 术中根据具体情况可能改变手术范围及手术方式；
7. 术后移植皮片血供欠佳、皮下积液、感染，致皮片部分/全部坏死，需再次手术；
8. 术中需使用一次性皮肤缝合器，术后可能残留部分钢钉不能完全取出；
9. 术后植皮存活后不能一次完全封闭创面，需再次或多次手术；

10. 术后感染，包括切口感染，肺部感染，泌尿系感染等，严重者导致败血症，危及生命；

11. 术后皮片收缩或瘢痕增生挛缩致肢体功能活动受限，影响外观及功能；

12. 因个人体质原因，术区（供皮区、植皮区）可能遗留瘢痕或瘢痕增生明显，影响毛发生长（秃发）等外观及功能；

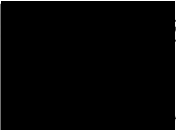
13. 术后并发多器官功能衰竭（心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、神经功能、胃肠道功能等），凝血功能障碍、播散性血管内凝血，加重原有疾病，最终导致死亡；

14. 因手术需要，患者可能需要导尿或留置尿管，由此可能引起尿道损伤、尿痛、排尿不畅等并发症，如遇到患者自身已存在尿道相关疾病或畸形，上述情况可能会加重，甚至出现无法预料的相关并发症出现；

15. 如果患者患有高血压、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，甚至死亡。

16. 其他难以预料的意外情况。

我们在诊治过程中将尽力预防以上风险或意外情况的发生，但就目前的医疗科学水平尚不能完全避免上述情况。一旦发生上述风险或意外情况，我们将会采取积极应对措施，但可能导致实际费用较预计费用明显增加，医保病人会使用非医保材料，需要病人自付。

告知人签名：  签名日期： 2018 年 9 月 19 日

患方意见：

1. 医务人员已告知我所选择的手术可能发生的风险和意外情况，且解答了我关于此次手术措施的相关问题；

2. 我理解任何手术都存在风险，我自愿承担因手术带来的不良后果。

3. 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。

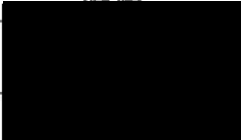
4. 我理解我的经管医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。

5. 我授权医师对诊治切除的病变器官、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；

6. 我明白我签署此知情同意书是告知我病情，我明白我签署同意书并非意味着我放弃我的合法权益，不意味着医院免责。

因此：我 ☒ 同意 ☐ 不同意 行 双上肢切削痂清创MEEK植皮术+双手背网
状皮植皮术+躯干及双下肢取皮术 治疗

患者家属或受托人签名：  与患者关系： 夫妻

签字日期： 2018 年 9 月 19 日

第三军医大学西南医院

手术知情同意书

患者姓名： 性别：男 年龄：6岁

科室及病区：烧伤科K区 床号：441 ID号

尊敬的患者、患者家属、授权委托人：

您好！患者现患有疾病：1、扩张器植入术后；3、躯干部瘢痕挛缩畸形。

根据目前病情可选择以下治疗方案：

1. 扩张器取出术+局部皮瓣转移术

2. 保守治疗

在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行扩张器取出术+局部皮瓣转移术治疗。

就患方选择的治疗方案，特告知可能出现以下一些风险或意外情况，但不常规的风险可能没有在此完全列出：

1. 任何麻醉都存在风险，甚至危及生命；
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. 术中、术后发生心脑血管意外，致患者死亡；
4. 术中大出血，可导致失血性休克，危及生命；
5. 术中神经、血管、肌腱及供皮区皮肤损伤；
6. 术后可导致术区运动、感觉功能障碍；
7. 术中根据具体情况可能改变手术范围及手术方式，
8. 术后移植皮瓣血供欠佳、感染，导致皮瓣部分或全部坏死，需再次手术；
9. 术中需使用一次性皮肤缝合器，术后可能残留部分钢钉不能完全取出；
10. 术中皮瓣转移后供瓣区不能直接缝合，需植皮；

11. 术后感染，包括切口感染，肺部感染，泌尿系感染等，严重者导致败血症，危及生命；

12. 因个人体质原因，术区（供皮区、供瓣区、植皮区）可能遗留瘢痕或瘢痕增生明显，影响外观及功能；

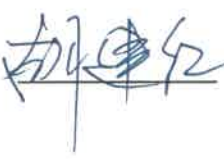
13. 术后并发多器官功能衰竭，凝血功能障碍、播散性血管内凝血，加重原有疾病，最终导致死亡；

14. 因手术需要，患者可能需要导尿或留置尿管，由此可能引起尿道损伤、尿痛、排尿不畅等并发症，如遇到患者自身已存在尿道相关疾病或畸形，上述情况可能会加重，甚至出现无法预料的相关并发症出现；

15. 如果患者患有高血压、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，甚至死亡。

16. 其他难以预料的意外情况。

我们在诊治过程中将尽力预防以上风险或意外情况的发生，但就目前的医疗科学水平尚不能完全避免上述情况。一旦发生上述风险或意外情况，我们将会采取积极应对措施，但可能导致实际费用较预计费用明显增加，医保病人会使用非医保类药物或材料，需要病人自付。

告知人签名： 签名日期：2015 年 5 月 12 日

患方意见：

1. 医务人员已告知我所选择的手术可能发生的风险和意外情况，且解答了我关于此次手术措施的相关问题；

2. 我理解任何手术都存在风险，我自愿承担因手术带来的不良后果。

3. 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。

4. 我理解我的经管医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。

5. 我授权医师对诊治切除的病变器官、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；

6. 我明白我签署此知情同意书是告知我病情，我明白我签署同意书并非意味着我放弃我的合法权益，不意味着医院免责。

患者签名：_____

患者家属或受托人签名_____与患者关系：_____

患者无法签名的原因：_____

签字日期： 2015 年 5 月 12 日

患者姓名:

性别: 男

年龄: 6岁

科室及病区: 烧伤科K区

床号: 445

ID号:

尊敬的患者、患者家属、授权委托人:

您好! 患者现患有疾病: 左上下肢疤痕增生伴左踝功能障碍, 根据目前病情可选择以下治疗方案:

1. 瘢痕切除、松解+植皮术

2. 保守康复锻炼及抗瘢痕综合治疗

在向患者说明各治疗方案并告知利弊后, 患者基于当前病情需要, 经慎重考虑, 自愿选择行 左踝瘢痕切除、松解+植皮术+右大腿取皮(右腹股沟取皮术) 治疗。

就患者选择的治疗方案, 特告知可能出现以下一些风险或意外情况, 但不常规的风险可能没有在此完全列出:

1. 任何麻醉都存在风险, 甚至危及生命;
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. 术中大出血或术后切口出血, 可导致失血性休克, 甚至危及生命;
4. 术中神经、肌腱等损伤, 术后可导致术区运动、感觉功能障碍;
5. 术中根据具体情况可能改变手术范围及手术方式;
6. 术后皮片血供欠佳、感染, 导致皮片部分或全部坏死, 需再次手术;
7. 术后术区感染, 手术效果欠佳, 需再次手术治疗;
8. 本次手术可能不能完全缓解瘢痕挛缩导致的肢体畸形及功能障碍, 需多次手术, 已向家属告知并表示理解;
9. 术后需行康复功能锻炼及抗瘢痕综合治疗, 以达到最佳治愈效果;
10. 因个人体质原因, 术区(供皮区、植皮区)可能遗留瘢痕或瘢痕增生明显, 影响外观及功能;
11. 因手术需要, 患者可能需要导尿或留置尿管, 由此可能引起尿道损伤、尿痛、排尿不畅等并发症, 如遇到患者自身已存在尿道相关疾病或畸形, 上述情况可能会加重, 甚至出现无法预料的相关并发症出现;
12. 如果患者患有高血压、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, 上述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, 甚至死亡。
13. 其他难以预料的意外情况。
14. 除上述情况以外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或需要提醒患者及家属特别注意的其他事项, 如: _____

我们在诊治过程中将尽力预防以上风险或意外情况的发生, 但就目前的医疗科学水平尚不能完全避免上述情况。一旦发生上述风险或意外情况, 我们将会采取积极应对措施, 但可能导致实际费用较预计费用明显增加, 医保病人会使用非医保类药物或材料, 需要病人自付。

告知人签名:

签名日期:

2017

年

8

月

2

日

患者意见:

1. 医务人员已告知我所选择的 方案2 治疗可能发生的风险和意外情况, 且解答了我关于此次手术/治疗措施的相关问题;

2. 我理解任何手术/治疗都存在风险, 我自愿承担因手术带来的不良后果。

第三军医大学西南医院

3. 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。
4. 我理解我的经管医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。
5. 我授权医师对诊治切除的病变器官、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；
6. 我明白我签署此知情同意书是告知我病情，我明白我签署同意书并非意味着我放弃我的合法权益，不意味着医院免责。

患者签名：_____

患者家属或受托人签名：_____

与患者关系：_____

患者无法签名的原因：_____

签字日期： 2017 年 8 月 2 日

第三军医大学西南医院

知情同意书

患者姓名： 性别： 男 年龄： 11 岁

科室及病区： 烧伤监护室 床号： 506 ID 号：

尊敬的患者、患者家属或授权委托人：

您好！患者现患有疾病：火焰烧伤 71%全身多处，根据目前病情可选择以下方案：

1. 双下肢切痂清创微粒皮移植+异体皮覆盖术
2. 双下肢保守换药处理

在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行 双下肢切痂清创微粒皮移植+异体皮覆盖术 治疗。

就患方选择的治疗方案，特告知可能出现以下一些风险或意外情况，但不常规的风险可能没有在此完全列出：

1. 任何麻醉都存在风险，甚至危及生命；
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. 术中、术后发生心脑血管意外，致患者死亡；
4. 术中大出血，可导致失血性休克，危及生命；
5. 术中神经、血管、肌腱损伤，术后可导致术区运动、感觉功能障碍；
6. 术中根据具体情况可能改变手术范围及手术方式，
7. 术后移植皮片血供欠佳、皮下积液、感染，导致皮片部分或全部坏死，需再次手术；
8. 术中需使用一次性皮肤缝合器，术后可能残留部分钢钉不能完全取出；
9. 术后植皮存活后不能一次完全封闭创面，需再次或多次手术；
10. 术后感染，包括切口感染，肺部感染，泌尿系感染等，严重者导致败血症，危及生命；
11. 术后皮片收缩或瘢痕增生挛缩致肢体功能活动受限，影响外观及功能；
12. 因个人体质原因，术区（供皮区、植皮区）可能遗留瘢痕或瘢痕增生明显，影响外观及功能；
13. 术后并发多器官功能衰竭（心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、神经功能、胃肠道功能等），凝血功能障碍、播散性血管内凝血，加重原有疾病，最

终导致死亡；

14. 如果患者患有高血压、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，甚至死亡。

15. 其他难以预料的意外情况。

我们在诊治过程中将尽力预防以上风险或意外情况的发生，但就目前的医疗科学水平尚不能完全避免上述情况。一旦发生上述风险或意外情况，我们将会采取积极应对措施，但可能导致实际费用较预计费用明显增加，医保病人会使用非医保类药物或材料，需要病人自付。

告知人签名： 杨光智 签名日期： 2016 年 1 月 12 日

患方意见：

1. 医务人员已告知我所选择的 ① 治疗可能发生的风险和意外情况，且解答了我关于此次手术/治疗措施的相关问题。

2. 我理解任何手术/治疗都存在风险，我自愿承担因手术/治疗带来的不良后果。

3. 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。

4. 我理解我的经管医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。

5. 我授权医师对诊治切除的病变器官、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。

6. 我明白我签署此知情同意书是告知我病情，我明白我签署同意书并非意味着我放弃我的合法权益，不意味着医院免责。

因此：我 ☒ 同意 ☐ 不同意 行 双下肢切痂清创微粒皮移植
+异体皮覆盖术 治疗

患者签名： [REDACTED]

患者家属或受托人签名： [REDACTED] 与患者关系： [REDACTED]

患者无法签名的原因： [REDACTED]

签字日期： 2016 年 1 月 12 日

第三军医大学西南医院 植皮手术知情同意书

患者姓名： 性别：男 年龄：1岁3月21天

科室及病区：烧伤科治疗B区 床号：321 ID号：

尊敬的患者、患者家属、授权委托人：

您好！患者现患有疾病：炭火烧伤2%（深Ⅱ°1%；Ⅲ°1%）左上肢

，根据目前病情可选择以下治疗方案：

1. 左手削痂植皮术+右下肢取皮术+头皮回植术

2. 保守换药术

在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行 左手削痂植皮术+右下肢取皮术+头皮回植术 治疗。

就患方选择的治疗方案，特告知可能出现以下一些风险或意外情况，但不常规的风险可能没有在此完全列出：

1. 任何麻醉都存在风险，甚至危及生命；
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. 术中、术后发生心脑血管意外，致患者死亡；
4. 术中大出血，可导致失血性休克，危及生命；
5. 术中神经、血管、肌腱及供皮区皮肤损伤，术后可导致术区毛发生长、运动、感觉功能障碍以及供皮区秃发、创面无法愈合等；
6. 术中根据具体情况可能改变手术范围及手术方式，
7. 术后移植皮片血供欠佳、皮下积液、感染，致皮片部分/全部坏死，需再次手术；
8. 术中需使用一次性皮肤缝合器，术后可能残留部分钢钉不能完全取出；
9. 术后植皮存活后不能一次完全封闭创面，需再次或多次手术；

10. 术后感染，包括切口感染，肺部感染，泌尿系感染等，严重者导致败血症，危及生命；

11. 术后皮片收缩或瘢痕增生挛缩致肢体功能活动受限，影响外观及功能；

12. 因个人体质原因，术区（供皮区、植皮区）可能遗留瘢痕或瘢痕增生明显，影响毛发生长（秃发）等外观及功能；

13. 术后并发多器官功能衰竭（心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、神经功能、胃肠道功能等），凝血功能障碍、播散性血管内凝血，加重原有疾病，最终导致死亡；

14. 因手术需要，患者可能需要导尿或留置尿管，由此可能引起尿道损伤、尿痛、尿不畅等并发症，如遇到患者自身已存在尿道相关疾病或畸形，上述情况可能会加重，甚至出现无法预料的相关并发症出现；

15. 如果患者患有高血压、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，甚至死亡。

16. 其他难以预料的意外情况。

我们在诊治过程中将尽力预防以上风险或意外情况的发生，但就目前的医疗科学水平尚不能完全避免上述情况。一旦发生上述风险或意外情况，我们将会采取积极应对措施，但可能导致实际费用较预计费用明显增加，医保病人会使用非医保类药物或材料，需要病人自付。

告知人签名： 周辰 签名日期： 2018 年 3 月 27 日

患方意见：

1. 医务人员已告知我所选择的手术可能发生的风险和意外情况，且解答了我关于此次手术措施的相关问题；

2. 我理解任何手术都存在风险，我自愿承担因手术带来的不良后果。

3. 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。

4. 我理解我的经管医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。

5. 我授权医师对诊治切除的病变器官、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；

6. 我明白我签署此知情同意书是告知我病情，我明白我签署同意书并非意味着我放弃我的合法权益，不意味着医院免责。

因此：我 ☒ 同意 ☐ 不同意 行 左手削痂植皮术+右下肢取皮术+头皮回植术 治疗

患者签名： 

患者家属或受托人签名：  与患者关系： 

患者无法签名的原因： _____

签字日期： 2018 年 3 月 27 日