

首都医科大学附属北京友谊医院(西城院区)

手术说明知情同意书

尊敬的患者:

您好!

根据您目前的病情,您有此手术的适应症,建议您采取手术治疗,特向您详细介绍和说明:病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险(包括术中或术后可能出现的并发症等)和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等,以便您理解相关手术情况,帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高,发生意外事件不能完全避免,建议您术前购买手术意外保险,分担手术风险)

一 般 情 况	患者姓名: [REDACTED] 科 室: [REDACTED] 身份证号码: [REDACTED]
医 师 说	【病情简介】(主要症状、体征、疾病严重程度) 腰痛14个月,加重伴右下肢放射痛1月。 【过敏史】无 【术前诊断】腰椎间盘突出症(L2-L3、L3-L4、L5-S1)、腰椎管狭窄症、脊柱骨折术后、椎体成形术后(L3、L4)、经皮椎间孔镜下髓核摘除术后(L3/L4)、腰椎压缩性骨折(L2)、腰椎管狭窄症、严重骨质疏松症、高血压、冠心病、胆囊切除术后、陈旧性脑梗、陈旧性肺结核 【替代医疗方案】(目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍) 卧床对症治疗 【拟行手术适应症】腰椎间盘突出,症状严重影响生活质量 【建议拟行手术名称】腰椎后路减压+椎间盘摘除+椎弓根钉内固定+植骨融合术 棘突间钢板固定术 2020.9.15 【手术目的】缓解患者症状,提高生活质量 【手术部位】腰部 【麻醉方式及风险】全麻,具体见麻醉知情同意书 经治医师签名: (57) 患者/患者近亲属/法定监护人/委托人签: [REDACTED] 时间: 2020年09月15日 地点: 骨科 【患者自身存在危险因素】高龄,严重骨质疏松,高血压、多次脊柱术后等患者自身存在危险因素 【拟行手术禁忌症】未见绝对手术禁忌症 【手术风险,包括术中或术后可能出现的并发症等】 1. 麻醉意外: 详见麻醉知情同意书 2. 术中、术后心脑血管意外危及患者生命,多脏器功能衰竭; 3. 术中大出血、休克危及患者生命;输血并发症; 4. 术中损伤周围组织(脊髓,神经根,马尾神经,腹主动脉)造成相应并发症; 5. 术中内植物应用方案更改; 6. 术中可能需应用人工骨,自体骨; 7. 术后切口感染,切口愈合延迟或不愈合; 8. 术后卧床并发症,术后肺部、泌尿系等部位感染; 9. 术后植骨不融合;

首都医科大学附属北京友谊医院(西城院区)

手术说明知情同意书

明	10. 术后出现内固定物断裂, 松动, 脱出等并发症; 11. 术后可能需佩戴支具; 12. 术后症状改善不满意, 术后病情复发; 13. 术中所用内植物材料为部分自费; 【术后主要注意事项】<u>生命体征、症状缓解情况</u> 由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异, 不排除手术风险及医疗意外风险等因素, 存在术前和术后不可预见的特殊情况, 恳请理解。 【拒绝手术可能发生的后果】<u>症状不缓解, 卧床并发症</u> 我已向患者/患者近亲属/法定监护人/委托人解释过此说明同意书的全部条款, 我认为患者/患者近亲属/法定监护人/委托人已知并充分理解了上述信息。 经治医师签名: <u>王</u> 签名时间 <u>2020</u> 年 <u>9</u> 月 <u>15</u> 日 <u>15</u> 时 <u>00</u> 分 签名地点: 骨科 术者签名确认: <u>王</u>
患者知情同意内容	患者/患者近亲属/法定监护人/委托人确认: 医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案, 并已就医疗风险和并发症_____ (请患者本人/委托人书写第几条到第几条全部内容) 向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、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、疾病突发变化及个人体质差异的影响, 术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险, 不能确保救治完全成功, 甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。 医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险, 我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式, 也可以拒绝或放弃此项手术, 也知道由此带来的不良后果及风险, 我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询, 并得到了全面的答复。 (请患者/患者近亲属/法定监护人/委托人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容, 特做以下声明:”字样) <u>我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容</u> 我 <u>同意</u> (填写“同意”) 接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。 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, 更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。 患者签名: _____ 患者近亲属/法定监护人/委托人签名: _____ 患者近亲属/法定监护人/委托人签名: _____ 签名时间: <u>2020</u> 年 <u>9</u> 月 <u>15</u> 日 <u>15</u> 时 <u>00</u> 分 签名地点: 骨科 我 _____ (填写“不同意”) 接受医师建议的手术方案, 并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。 患者签名: _____ 患者近亲属/法定监护人/委托人签名: _____ 与患者关系: _____ 联系电话: _____ 患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码: _____ 签名时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分 签名地点: _____
	患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由: