

# 新乡医学院第一附属医院

## 手术知情同意书

姓名: 李晓宇 性别: 男 年龄: 35岁 床号: 059 住院号: 5

患者姓名	性别:男	年龄:35岁	住院号
------	------	--------	-----

### 疾病介绍和治疗建议:

医师已告知因患者患有脑出血 颅内占位性病变? 血管畸形?, 需要进行颅内占位切除术+颅内血肿清除手术。

手术目的:颅内肿瘤是神经外科最常见的疾病之一, 分为良性和恶性。肿瘤病因尚不明确, 随着肿瘤的逐渐长大, 可引起颅内压进行性增高和神经压迫。手术目的是缓解颅内高压, 减轻对周围脑组织的压迫进而改善症状, 明确病理诊断, 为进一步治疗提供基础。

手术部位:颅脑。

拟行手术日期:2019-08-30

手术方式:颅内肿瘤切除术。

拒绝手术可能发生的后果:现有神经症状进一步加重, 出现颅高压症状, 严重时致残甚至危及生命。

### 术中可能使用的高值医用耗材:

自费 部分自费 超过千元 (详见使用高值医用耗材知情同意书)

### 操作潜在风险和对策:

医师告知我如下手术可能产生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术式根据不同病人的情况有所不同, 医师已告诉我有关患者手术的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能产生的风险及医生的对策:

1) 麻醉意外, 呼吸、心跳骤停, 危及生命; 2) 术中引起大出血, 休克, 心脑血管意外, 凝血机制障碍, 严重时危及生命危险; 术中急性脑膨出, 或脑肿胀不缓解有去骨瓣减压的可能; 3) 手术肿瘤不能完全切除, 术后残留、复发、转移, 需进一步治疗, 包括放疗、化疗、再次手术等; 根据术中所见情况可能改变原计划手术方式、增加手术方式, 包括去骨瓣减压、脑室-腹腔分流术、脑室外引流术等; 术后原有症状、体征不改善, 甚至反而加重, 诱发原有疾病恶化; 4) 术中颅神经损伤, 出现嗅觉减退或丧失、视力下降或失明、视野损害, 眼睑下垂或不能闭合, 斜视, 复视, 听力下降或失聪, 部分或全部面瘫, 声音嘶哑, 饮水呛咳, 耸肩、吞咽困难; 术中丘脑下部损伤, 长期昏迷、消化道出血、高热、尿崩、水电解质紊乱, 严重时可有生命危险; 5) 术中邻近重要血管损伤或痉挛, 术后可能出现意识障碍、肢体瘫痪、偏盲、失语、癫痫发作、精神智力障碍等; 6) 术后颅内血肿, 恶性脑水肿, 脑血管痉挛、脑梗塞、脑积水、硬膜下积液等情况, 严重时可能造成昏迷甚至危及生命, 必要时需二次手术如颅内血肿清除术、去骨瓣减压术、钻孔引流术、脑室-腹腔分流术等, 遗留局部颅骨缺损, 影响外观, 可能需行颅骨修补术; 7) 术后可能出现长期昏迷、癫痫、体温调节障碍、应激性溃疡、肢体瘫痪、感觉障碍、大小便障碍、失语、精神症状、性格改变、记忆力障碍、共济失调、后组颅神经功能障碍等情况, 甚至危及生命; 8) 术后切口愈合不良、切口感染、脑脊液漏、颅内感染、切口部位积液等, 严重时可能危及生命, 可能需行换药术、穿刺术、清创缝合术、钻孔引流术等处理; 9) 术后可能需行鼻饲、气管切开术、呼吸机辅助呼吸、ICU监护等; 术后可能出现无菌性炎

# 新乡医学院第一附属医院

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 35岁 床号: 059 住院号: [REDACTED]

症、高热、消化道出血、下肢静脉血栓、肺部感染、尿路感染等情况；术后可能发心脏、肺、肝脏、肾脏等器官功能不全甚至功能衰竭而危及生命；10)其他系统并发症，高血压危象、肝功能衰竭、呼吸道感染、梗阻、消化道出血、长期昏迷卧床并发症、营养不良等，严重者可死亡、泌尿系感染、下肢静脉栓塞；11)因病灶或患者健康的原因，终止手术；其他无法预料的意外及并发症情况，严重时致死致残。

### 特殊风险或主要高危因素：

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

### 医师陈述：

我已履行知情同意告知义务即：将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。我认为患者或患者委托人已知并理解了上述有关手术情况。

手术者签名: 王仲伟 签署日期: 2019年08月29日10时30分

### 患者知情选择：

医师已履行知情同意告知义务即：将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法，并且解答了我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式做出调整。我授权医师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。我理解手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]

与患者关系: 双亲

签署日期: 2019年08月29日10时30分