

四川大学华西医院上锦医院
成都上锦南府医院
手术知情同意书

科室: 中西医结合科	床号:	患者姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 49岁
身份证号: /	登记号: 5J0100920	联系电话: /		
临床诊断: 胆周脓肿术后、胆周坏死性筋膜炎				
疾病介绍和治疗建议				
医生已告知我患有 胆周脓肿术后、胆周坏死性筋膜炎				
需要行 胆周坏死性筋膜炎清创术				
手术。				
手术潜在风险和对策				
医生告知我手术可能发生的一些风险如下, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同。我可与医生讨论有关我手术的具体内容, 有特殊问题我可与医生讨论。 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, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。 3. 我理解此手术可能发生的风险: 1) 麻醉并发症 (详见麻醉知情同意书); 2) 术中、术后大出血, 严重者可致休克, 甚至死亡; 3) 术中根据具体病情改变手术方式; 4) 术中损伤神经、血管及邻近器官; 5) 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、脂肪液化、伤口不愈合, 瘻管及窦道形成; 6) 血管栓塞: 严重者可导致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命安全; 7) 呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等; 8) 循环系统并发症: 心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停; 9) 尿路感染及肾衰; 10) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫等; 11) 精神并发症: 手术后精神病及其他精神问题; 12) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞等; 13) 术后多器官功能衰竭 (心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、胃肠道功能等), 凝血功能障碍, 播散性血管内凝血 DIC 等, 危及生命; 14) 水电解质酸碱平衡紊乱; 15) 诱发原有疾病恶化; 16) 术后病理报告与术中冰冻活检结果不符; 17) 再次手术; 18) 其他不可预料的不良后果;				

19) 专科可能出现的意外和并发症如下:

1. 麻醉意外 2. 术中术后出血 3. 术后感染 4. 术后疼痛
5. 术后尿潴留

20) 本手术提请患者及亲属注意的其他事项:

4. 我理解如果我患有高血压、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, 以上这些可能会加大风险, 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. 我理解术后如果我的体位不当、咳嗽不力, 或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我病情、将要进行的手术方式、该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及其预后, 并且解答了我关于该手术的相关问题。
- 我要求施行手术, 并理解手术并发症和手术风险。
- 我授权在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我授权医师根据手术中具体情况做快速冰冻活检。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或采取的血液等标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理, 以及用于教学、科学研究等。
- 我并未得到手术和治疗百分之百成功的许诺。

患者签名

签名日期 2021 年 9 月 15 日

如果患者无法或不宜签署该知情同意书, 请其授权的代理人或近亲属在此签名:

患者授权的代理人或近亲属签名 与患者关系 签名日期 年 月 日

联系电话

医生陈述

我已经告知患者的病情、将要进行的手术方式、该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及其预后, 并解答患者关于该手术的相关问题。

医生签名

签名日期 2021 年 9 月 15 日

四川大学华西医院上锦医院
成都上锦南府医院
侵入性检查/治疗知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号
一丁	男	49岁	550

疾病介绍、治疗建议及手术潜在风险

目前诊断 肛周脓肿术后、肛周坏死性筋膜炎

根据患者的病情，需要进行 骨穿 检查/治疗。

这是一种常用的、有助于诊断/治疗手段，但由于其具有侵入性的特点、患者具有个体差异及某些不可预料的因素，可能伴有包括本页及背面第 十五 条中所述的并发症、创伤等风险及其他不可预见或无法防范的不良后果，故医师不能保证该检查/治疗方法的绝对效果和安全，检查/治疗中、检查/治疗后出现严重并发症者可能导致死亡。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：

1. 穿刺失败 2. 疼痛 3. 术后感染、出血等

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的检查/治疗方式、该检查/治疗及以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该检查/治疗的相关问题。
- 我同意在检查/治疗中医生可以根据我的病情对预定的检查/治疗方式做出调整。
- 我理解我的检查/治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到检查/治疗百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对检查/治疗切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括术中冰冻活检、病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理，以及用于科学研究等。

患者（法定监护人）签名 _____ 签名日期 2021 年 10 月 1 日

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在此签名：

患者授权的代理人或近亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

联系电话： _____

医生陈述

我已经告知患者将要进行的检查/治疗方式、该检查/治疗及以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该检查/治疗的相关问题。

医生签名 hy 签名日期 2021 年 10 月 1 日