

# 北京大学深圳医院

## 介入检查（手术）知情同意书

患者姓名: 科室: 骨脊柱科 床号: JZ72 住院号:

患者姓名: 性别: 年龄: 入院日期: 2017年07月16日 11时17分

临床诊断: 神经纤维瘤病并脊柱侧后凸畸形 (NF-I型)

拟行介入检查（手术）术名称: 动脉造影及栓塞治疗

本病例严重情况或特殊问题: 脊髓缺血

麻醉方式: 局麻

检查（手术）医师: 陈在中

根据您的病情,您需要进行上述介入检查（手术）治疗（以下称操作）。该操作是一种有效的检查或治疗手段,一般来说,该操作和麻醉是安全的,但由于此项操作具有创伤性和风险性,因此医师不能向您保证该操作效果。

因个体差异及某些不可预料的因素,术中和术后可能会发生意外和并发症。现告知如下,包括但不限于:

√1、出血: 穿刺伤口局部血肿、大出血、血管破裂,消化道、泌尿道及脑出血等。

√2、过敏反应: 术中所用药物可能造成皮肤过敏、呼吸困难、过敏性休克、溶血反应等,严重者出现器官功能衰竭。

√3、休克: 低血容量性休克、心源性休克等。

√4、栓塞: 全身各脏器（心、脑、肺、肾及四肢）血管的栓塞（包括各种栓塞剂进入重要的正常血管造成误栓）、再栓塞及导管导丝断入体内等并发症。

√5、相关脏器介入治疗引起的并发症: 如肝脏介入治疗引起消化道出血、黄疸、腹水、肝破裂、肺栓塞、肝肾功能衰竭;肺部疾病介入治疗引起脊髓损害、咯血、气胸、胸水等。

√6、化疗药物引起的毒副作用: 骨髓抑制、胃肠道反应、过敏反应、脏器功能损害等。

√7、导管、导丝途径血管损伤,出现夹层动脉瘤、血管穿孔、破裂致大出血等。

√8、多次治疗不能治愈,术后复发。

√9、穿刺部位、栓塞部位或其他部位的感染。

√10、术中因机器原因或其他原因终止治疗。

√11、术后近期或远期出现与栓塞有关的并发症（如毒性反应、缺血、出血等）。

√12、以上原因引起操作不能进行,甚至导致死。

□ 13、其它:

是否有适宜的替代治疗/手术方法: ☒是 ☐否

根据您的病情,目前主要有如下适宜的替代治疗/手术方式:

1. 不进行介入栓塞,但手术中出血会明显增多。

2.



**北京大学深圳医院**  
**介入检查（手术）知情同意书**

患者姓名：

科室：骨脊柱科

床号：J272

住院号：

我已详细阅读以上内容，医师已向我解释过适宜的替代治疗/手术方式及其风险，我对医师护士的告知表示完全理解，经慎重考虑，我决定（同意或不同意）选择拟定手术方案（若不同意，选择替代方案）。我明白在术中，在不可预见的情况下，可能需要其他附加操作或变更诊疗方案，我授权医师在遇有紧急情况时，为保障我的生命安全实施必要的救治措施，并保证承担全部所需费用。

我明白在检查（手术）开始之前，我或以随时签署《拒绝医疗同意书》，以取消本同意书的决定。

我已详细阅读以上内容，对医师的告知表示完全理解，经慎重考虑，我决定接受此介入检查（手术）。

我明白在术中，在不可预见的情况下，可能需要其他附加操作或变更诊疗方案，我授权医师在遇有紧急情况时，为保障我的生命安全实施必要的救治措施，并保证承担全部所需费用。

我明白在检查（手术）开始之前，我或以随时签署《拒绝医疗同意书》，以取消本同意书的决定。

患者/法定监护/委托代理人/签名：[Signature]

（需附有效证件复印件、授权文件）

日期：

2017.7.24

主治医师或获得授权的医务人员签名：

日期：

2017.7.24

2017.7.25

科主任（上级医师）签名：

日期：

病案统计室

# 北京大学深圳医院

## 手术知情同意书

患者姓名: 科室: 骨脊柱科 床号: JZ72 住院号:

患者姓名: 性别: 年龄: 民族: 汉族 入院日期: 2017年07月16日 11时17分

病情摘要: 发现脊柱侧弯后凸畸形10年。

过敏史: 否认

术前诊断: 神经纤维瘤病并脊柱侧后凸畸形(NF-I型) 拟定手术医师: 于滨生 温健

拟定手术方案: 后路行脊柱侧弯矫形, 胸、腰椎钉棒系统及肋骨 备选手术方案: 根据术中情况决定融合的范围  
螺钉内固定, 横突、关节突关节植骨融合术(备椎间融合器植

骨)

拟行麻醉方式: 全麻

拟定手术日期: 2017年07月27日

临时更改为: 年 月 日

根据您的病情, 您需要进行上述手术治疗(以下称手术)。该手术是一种有效的治疗手段, 一般来说, 手术和麻醉过程是安全的, 但由于该手术具有创伤性和风险性, 因此医师不能向您保证手术的效果。

因个体差异及某些不可预料的因素, 术中和术后可能会发生意外和并发症, 严重者甚至会导致死亡。现告知如下, 包括但不限于:

- √1、麻醉并发症(另附麻醉知情同意书);
- √2、术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命安全;
- √3、术中因解剖位置及关系变异变更术式;
- √4、术中可能会损伤神经、血管及邻近器官 硬脑膜损伤导致脑脊液漏;
- √5、伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合、瘘管及窦道形成;
- √6、脂肪、羊水栓塞: 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;
- √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;
- √13、多脏器功能衰竭, 弥漫性血管内凝血(DIC);
- √14、水电解质平衡紊乱;
- √15、诱发原有疾病恶化;
- √16、术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;
- √17、再次手术;
- √18、本手术提请患者及亲属注意的本专科专病的特殊并发症及后遗症;
- 19、标本用于医学研究;

1. 胸腰背痛、胸腰背部活动受限; 2. 畸形矫正后出现脊髓及马尾神经牵拉损伤出现瘫痪加重, 大小便障碍及下肢无力、感觉异常等症; 3. 伤口感染、椎间隙椎管内感染导致腰痛剧烈, 需再次手术可能; 4. 内植物感染→取出内固定物→手术失败; 5. 内植物松动、断裂→再次手术(重新固定或单纯取出内固定物); 6. 植入物材料费用昂贵; 7. 植骨延迟愈合, 可能不愈合, 植骨排斥反应; 8. 伤及椎管内脊髓、神经、马尾及硬膜等组织, 导致相应症状及功能受限; 9. 后凸畸形矫正不满意, 改善不明显、复发以及畸形进一步加重, 可能需再次手术; 10. 植骨融合后取出内固定物; 11. 伤及脊柱周边组织, 如肺肾、腹膜、胸膜以及胸腹主动脉血管等, 致相应功能障碍; 12. 渗血、血肿及大出血可能, 需要进一步处理; 13. 短期内肢体瘫痪无力、感觉异常症状缓解不明显, 甚至加重可能; 14. 手术需切除部分肋骨, 影响胸廓肺功能, 内固定椎弓根钉可能损伤胸腰神经根致相应功能受限、麻木疼痛等; 15. 畸形矫正以安全为主, 因出

# 北京大学深圳医院

## 手术知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

科室: 骨脊柱科

床号: J272

住院号: [REDACTED]

血或脊髓牵拉压缩造成及角状后凸过于严重,手术可能术中根据具体情况终止手术可能。16、手术中根据具体情况,考虑变更手术方式;17、术后根据情况送ICU观察治疗;18、因自然退变的情况,日后可能出现PJK或ASD,甚至需要再次手术治疗。

▲早期并发症: 脊髓神经损伤;后期并发症: 假关节;腰椎前凸丧失;“附加”或“曲轴”现象;肠系膜上动脉综合征。术后出现冠状面及矢状面的不平衡

▲需二期、三期手术,甚至结合前路的手术治疗

▲术后血肿或感染导致再次手术治疗

内置物费用昂贵(按照深圳医保原则,国产报销90%或72%,进口报销60%或34%,人工骨自费)

是否有适宜的替代治疗/手术方式: ☒ 是 ☐ 否

根据您的病情,目前主要有如下适宜的替代治疗/手术方式:

1. 保守治疗

2. 前后联合

我已详细阅读以上内容,医师已向我解释过适宜的替代治疗/手术方式及其风险,我对医师护士的告知表示完全理解,经慎重考虑,我决定 ☒ 同意 ☐ (同意或不同意) 选择拟定手术方案(若不同意,选择替代方式 ☐), ☐ (同意或不同意) 做术中快速冰冻切片。

我明白在本次手术中,在不可预见的情况下,可能需要其他附加操作或变更手术方案,我授权医师在遇有紧急情况时,为保障我的生命安全实施必要的救治措施,并保证承担全部所需费用,我同意标本用于医学研究。

我知道在本次手术开始之前,我可以随时签署《拒绝医疗同意书》,以取消本手术同意书的决定。

患者签字:

(患者无法签字时由法定监护人或代理人签字 [REDACTED])

与患者关系:

日期: 2017年7月26日 19时0分

谈话医师签名:

[REDACTED]

日期: 2017年7月26日 18时00分

主刀医师签名:

[REDACTED]

日期: 2017年7月26日 18时00分

