

北京协和医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(1)页

病案号: [REDACTED]

患者姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED] 科室: 骨科

目前诊断: 先天性脊柱骨骺发育不良; 寰枢椎半脱位; 脊柱侧凸

拟行手术名称: 后路脊柱侧凸矫形、内固定、植骨融合术

上述手术有如下风险/并发症:

- 1) 麻醉意外, 包括恶性高热、误吸、插管/拔管困难等;
- 2) 围手术期心脑血管意外风险, 包括心衰、心梗、心律失常、脑梗、脑出血等, 一旦出现可能危及生命, 需立即抢救, 必要时术后可能回ICU, 增加费用;
- 3) 围手术期肺部并发症, 术后拔管困难、低氧血症、肺不张、肺部感染及呼吸功能衰竭, 可能需呼吸机进一步支持;
- 4) 根据术中情况可能改变手术范围及方式, 若内固定植入困难, 可能延长或缩短融合节段或放置椎板钩等;
- 5) 可能损伤大血管及重要脏器, 可致术中大出血及脏器功能衰竭; 可能损伤胸膜, 引起气胸、血胸、血气胸、脓胸, 影响呼吸功能, 必要时需二次手术修补胸膜;
- 6) 患者术中有脊髓、神经损伤风险, 严重时可能出现截瘫、二便功能障碍等;
- 7) 术中硬脊膜撕裂导致脑脊液漏, 出现中枢神经系统感染、低颅压综合症等;
- 8) 手术以稳定脊柱、阻止畸形进展为主要目的, 并且在一定程度上矫正畸形, 患者术后存在残留畸形、躯干失衡、曲轴失衡、附加现象、双肩不等高等可能, 严重时需二次手术处理;
- 9) 术后邻近节段退变;
- 10) 术后脊柱融合, 影响生长发育; 脊柱活动度减低, 影响生活质量;
- 11) 术中及术后内固定失败, 出现断钉、拔钉、断棒等可能, 严重时需二次手术翻修;
- 12) 术后植骨不融合, 假关节形成, 严重时需二次手术翻修;
- 13) 术后早期或迟发性深部感染、椎管内感染及内固定感染等, 可能需清创、取出或重置内固定, 严重者危及生命; 术后其他部位感染(包括肺部、泌尿系、伤口等部位);
- 14) 术后伤口脂肪液化坏死、延迟愈合或不愈合、伤口裂开等, 需要长期换药, 必要时需再次手术清创;
- 15) 肠系膜上动脉综合征;
- 16) 交感神经损伤后可引起肢体热感不适;
- 17) 输血并发症: 过敏、溶血、传染性疾病等;
- 18) 心、肝、脑、肾多脏器功能衰竭, 病情严重时需返ICU治疗, 费用增加;
- 19) 其它意外。

以上情况的发生, 可增加住院时间、费用, 影响患者预后、生活质量、严重时将威胁患者生命, 请家属慎重考虑。

北京协和医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(2)页

病案号: [REDACTED]

相关替代治疗方案:

保守治疗

选择相关替代治疗方案的风险:

畸形进行性加重, 影响外观, 严重时影响神经功能。

医生声明:

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及所需治疗的必要性及其风险

2. 相关替代治疗方案及其风险

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

询问上述情况的相关问题及其他问题

手术医师签字: [REDACTED]

经治医师签字: [REDACTED]

签字日期: 2021.6.24

患者本人/近亲属/代理人声明:

1. 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险/并发症以及这些风险/并发症带来的后果。

2. 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。

3. 医生已解释替代治疗方案及其风险。

4. 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。

5. 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。

6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。我确认本人具备合法资格签署本同意书。

7. 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术,
请签字

同意

同意

(请于横线上抄写: 同意)

[REDACTED]

[REDACTED]

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2021.6.24.

2021.6.24

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中
所述手术, 请签字

(请于横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)