

第三军医大学西南医院 植皮手术知情同意书

3/7

患者姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：49岁
科室及病区：烧伤科监护室 床号：515 ID号：
[REDACTED]

尊敬的患者、患者家属、授权委托人：

您好！患者现患有疾病：1、药物中毒性皮损（表皮剥脱）80%TBSA；2、脓毒症；3、休克；4、药疹（中毒性表皮坏死松解症），根据目前病情可选择以下治疗方案：

1. 保守换药
2. 背部清创植皮术

在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行植皮术治疗。

就患方选择的治疗方案，特告知可能出现以下一些风险或意外情况，但不常规的风险可能没有在此完全列出：

1. 任何麻醉都存在风险，甚至危及生命；
2. 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. 术中、术后发生心脑血管意外，致患者死亡；
4. 术中大出血，可导致失血性休克，危及生命；
5. 术中神经、血管、肌腱及供皮区皮肤损伤，术后可导致术区毛发生长、运动、感觉功能障碍以及供皮区秃发、创面无法愈合等；
6. 术中根据具体情况可能改变手术范围及手术方式；
7. 术后移植皮片血供欠佳、皮下积液、感染，致皮片部分/全部坏死，需再次手术；
8. 术中需使用一次性皮肤缝合器，术后可能残留部分钢钉不能完全取出；
9. 术后植皮存活后不能一次完全封闭创面，需再次或多次手术；
10. 术后感染，包括切口感染，肺部感染，泌尿系感染等，严重者导致败血症，危及生命；

11. 术后皮片收缩或瘢痕增生挛缩致肢体功能活动受限，影响外观及功能；
12. 因个人体质原因，术区（供皮区、植皮区）可能遗留瘢痕或瘢痕增生明显，影响毛发生长（秃发）等外观及功能；
13. 术后并发多器官功能衰竭（心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、神经功能、胃肠道功能等），凝血功能障碍、播散性血管内凝血，加重原有疾病，最终导致死亡；
14. 因手术需要，患者可能需要导尿或留置尿管，由此可能引起尿道损伤、尿痛、排尿不畅等并发症，如遇到患者自身已存在尿道相关疾病或畸形，上述情况可能会加重，甚至出现无法预料的相关并发症出现；
15. 如果患者患有高血压、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，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重，甚至死亡。
16. 其他难以预料的意外情况。

我们在诊治过程中将尽力预防以上风险或意外情况的发生，但就目前的医疗科学水平尚不能完全避免上述情况。一旦发生上述风险或意外情况，我们将会采取积极应对措施，但可能导致实际费用较预计费用明显增加，医保病人会使用非医保类药物或材料，需要病人自付。

告知人签名： 张建新 签名日期： 2017 年 7 月 6 日

患方意见：

1. 医务人员已告知我所选择的手术可能发生的风险和意外情况，且解答了我关于此次手术措施的相关问题；
2. 我理解任何手术都存在风险，我自愿承担因手术带来的不良后果。
3. 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。
4. 我理解我的经管医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。
5. 我授权医师对诊治切除的病变器官、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；
6. 我明白我签署此知情同意书是告知我病情，我明白我签署同意书并非意味着我放弃我的合法权益，不意味着医院免责。

因此：我 同意 不同意 行 植皮手术 治疗

患者签名： _____

患者家属或受托人签名：



与患者关系：

夫妻

患者无法签名的原因： _____

签字日期: 2017 年 7 月 2 日

第三军医大学西南医院 植皮手术知情同意书

26/6

患者姓名: [] 性别: 女 年龄: 49岁
科室及病区: 烧伤科监护室 床号: 515 ID号: []

尊敬的患者、患者家属、授权委托人:

您好! 患者现患有疾病: 1、药物中毒性皮损(表皮剥脱)80%TBSA; 2、脓毒症; 3、休克; 4、药疹(中毒性表皮坏死松解症), 根据目前病情可选择以下治疗方案:

1. 保守换药
2. 双下肢清创植皮术

在向患方说明各治疗方案并告知利弊后, 患方基于当前病情需要, 经慎重考虑, 自愿选择行 双下肢清创植皮术 治疗。

就患方选择的治疗方案, 特告知可能出现以下一些风险或意外情况, 但不常规的风险可能没有在此完全列出:

1. 任何麻醉都存在风险, 甚至危及生命;
2. 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. 术中、术后发生心脑血管意外, 致患者死亡;
4. 术中大出血, 可导致失血性休克, 危及生命;
5. 术中神经、血管、肌腱及供皮区皮肤损伤, 术后可导致术区毛发生长、运动、感觉功能障碍以及供皮区秃发、创面无法愈合等;
6. 术中根据具体情况可能改变手术范围及手术方式;
7. 术后移植皮片血供欠佳、皮下积液、感染, 致皮片部分/全部坏死, 需再次手术;
8. 术中需使用一次性皮肤缝合器, 术后可能残留部分钢钉不能完全取出;
9. 术后植皮存活后不能一次完全封闭创面, 需再次或多次手术;
10. 术后感染, 包括切口感染, 肺部感染, 泌尿系感染等, 严重者导致败血症, 危及生命;
11. 术后皮片收缩或瘢痕增生挛缩致肢体功能活动受限, 影响外观及功能;

12. 因个人体质原因，术区（供皮区、植皮区）可能遗留瘢痕或瘢痕增生明显，影响毛发生长（秃发）等外观及功能；

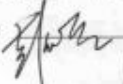
13. 术后并发多器官功能衰竭（心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、神经功能、胃肠道功能等），凝血功能障碍、播散性血管内凝血，加重原有疾病，最终导致死亡；

14. 因手术需要，患者可能需要导尿或留置尿管，由此可能引起尿道损伤、尿痛、排尿不畅等并发症，如遇到患者自身已存在尿道相关疾病或畸形，上述情况可能会加重，甚至出现无法预料的相关并发症出现；

15. 如果患者患有高血压、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，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重，甚至死亡。

16. 其他难以预料的意外情况。

我们在诊治过程中将尽力预防以上风险或意外情况的发生，但就目前的医疗科学水平尚不能完全避免上述情况。一旦发生上述风险或意外情况，我们将会采取积极应对措施，但可能导致实际费用较预计费用明显增加，医保病人会使用非医保类药物或材料，需要病人自付。

告知人签名：  签名日期： 2017 年 6 月 26 日

患方意见：

1. 医务人员已告知我所选择的手术可能发生的风险和意外情况，且解答了我关于此次手术措施的相关问题；

2. 我理解任何手术都存在风险，我自愿承担因手术带来的不良后果。

3. 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。

4. 我理解我的经管医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。

5. 我授权医师对诊治切除的病变器官、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；

6. 我明白我签署此知情同意书是告知我病情，我明白我签署同意书并非意味着我放弃我的合法权益，不意味着医院免责。

因此：我 同意 不同意 行 治疗

患者签名： _____

患者家属或受托人签名： _____

与患者关系：

患者无法签名的原因： _____

签字日期： 2017 年 6 月 26 日

第三军医大学西南医院 植皮术手术知情同意书

16/6

患者姓名：[] 性别：女 年龄：49岁
科室及病区：烧伤科监护室 床号：515 ID号：[]

尊敬的患者、患者家属、授权委托人：

您好！患者现患有疾病：1、药物中毒性皮损（表皮剥脱）80%TBSA；2、脓毒症；3、休克；4、药疹（中毒性表皮坏死松解症），根据目前病情可选择以下治疗方案：

1. 保守换药
2. 双上臂清创植皮术

在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行双上臂清创植皮术治疗。

就患方选择的治疗方案，特告知可能出现以下一些风险或意外情况，但不常规的风险可能没有在此完全列出：

1. 任何麻醉都存在风险，甚至危及生命；
2. 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；**尤其是该患者为重症药疹患者，更容易对所用药物产生过敏或诱发药疹等全身性副作用的，加重病情，甚至危及生命！**
3. 术中、术后发生心脑血管意外，致患者死亡；
4. 术中大出血，可导致失血性休克，危及生命；
5. 术中神经、血管、肌腱及供皮区皮肤损伤，术后可导致术区毛发生长、运动、感觉功能障碍以及供皮区秃发、创面无法愈合等，**尤其该患者既往发病过程中头皮受损，毛发生长能力可能受到影响，术后导致无法生长毛发；**
6. 术中根据具体情况可能改变手术范围及手术方式，
7. 术后移植皮片血供欠佳、皮下积液、感染，致皮片部分/全部坏死需再次手术；
8. 术中需使用一次性皮肤缝合器，术后可能残留部分钢钉不能完全取出；
9. 术后植皮存活后不能一次完全封闭创面，需再次或多次手术；
10. 术后感染，包括切口感染，肺部感染，泌尿系感染等，严重者导致败血症，危及生命；

