手术知情同意书

患者姓名：
年龄：
性别：

术前诊断：
1. 脑动脉粥样硬化
2. 高血压
3. 高血脂
4. 糖尿病
5. 其他

手术名称：
1. 开颅手术
2. 颅内血肿清除术
3. 动脉瘤夹闭术
4. 动脉瘤栓塞术
5. 其他

术前准备：
1. 药物治疗
2. 心脏功能检查
3. 神经功能检查
4. 术前检查

手术中可能出现的意外和并发症：
1. 术后出血
2. 感染
3. 脑疝
4. 脑积水
5. 其他

术后可能出现的意外和并发症：
1. 术后出血
2. 感染
3. 脑疝
4. 脑积水
5. 其他

术者：

医院：

日期：
杭州市第一人民医院

手术知情同意书

患者有术，局麻术前检查，抗凝过程中出血风险，包括全身性出血如消化道，泌尿系和腹内出血，以及局部出血风险：10 颗手术期，心脑血管意外可能性大。

本患者可选择的其他医疗方案：药物保守治疗

上述情况医生已讲解，在此，经慎重考虑，并选择：左侧股动脉切开，左侧静脉结扎，左侧股动，代表患者及家属可能的手术风险表示充分理解，愿意承担由于手术本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外及并发症，并全权负责签字，同意手术治疗。

主刀医生姓名：

2020-02-10 17:21:43

审批医生姓名：

2020-02-10 17:24:47