

潍坊市益都中心医院

手术知情同意书

| | | | | |
|----------------|-------|---------|-------------|-----------------|
| 姓名: [REDACTED] | 性别: 女 | 年龄: 45岁 | 科室: 关节、创伤骨科 | 住院号: [REDACTED] |
|----------------|-------|---------|-------------|-----------------|

疾病介绍和治疗建议:

医师已告知我患有1.寰枢椎脱位 2.脊髓损伤,需要在麻醉下进行寰枢椎切开复位内固定术。

替代方案: 1、保守治疗 同意 不同意

2、其他手术方式_____闭合复位外固定架固定_____ 同意 不同意

3、其他治疗方法_____支具固定_____ 同意 不同意

手术目的: 1.进一步明确诊断 2.切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他)

3.缓解症状 4.其他_____

预期效果: 1、疾病诊断进一步明确 2、疾病进展获得控制/部分控制/未控制

3、症状完全缓解/部分缓解/未缓解 4、其他_____

手术潜在风险和对策: 医师告知我如下手术可能发生的风险,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,医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1)麻醉意外,心跳、呼吸骤停,甚至死亡,具体由麻醉科告知。

2)术中或术后可能并发心、脑、肺、肾血管意外,或脏器功能衰竭,甚至造成死亡。随患者术前脏器功能情况差而发生增高。

3)术中可能因病情需要而临时更改手术方案。

4)术中可能损伤邻近血管致大出血,发生休克,以至死亡;术中损伤脊髓,造成感觉和运动功能障碍;术中损伤神经根或脊髓,引发四肢运动和感觉障碍、大小便功能障碍;术中损伤硬膜囊致脑脊液漏;术中损伤周围肌肉组织,造成术后局部疼痛和功能障碍。

5)因病程较长,神经根或脊髓受压较严重,神经功能已受损;或与周围组织粘连,术中可能无法完全切除突出的椎间盘或其它致压物,致术后症状不能完全缓解,甚或加重致瘫痪,以至须二次手术治疗。

6)手术刺激,可能导致肢体感觉、运动障碍或肛门、膀胱括约肌功能障碍或性功能障碍在术后暂时有所加重。术后因神经根水肿、脊髓水肿或大脑皮层疼痛兴奋灶未消除,导致症状改善缓慢。

7)椎管内血肿可能压迫神经根或脊髓导致症状加重,并须二次手术治疗。术后可能并发椎间隙感染或椎管内感染,须对症治疗或手术治疗;术后再次脱位。

8)术后切口渗血、感染、脂肪液化,并可能延迟愈合或不愈合。

9)术后脊柱序列连续性中断、完整性受损、稳定性降低。术后功能可能受限,并可能出现颈部疼痛、



潍坊市益都中心医院

手术知情同意书

- 10) 术后因长时间卧床，可能出现肺部感染、泌尿系感染、褥疮、血栓闭塞性脉管炎等并发症。
- 11) 在需要内固定的手术中，内固定物可能位置不佳、松动、脱落或断裂，需二次手术治疗。可能需要髂骨取骨，取骨区可能有疼痛、麻木不适。植骨可能不融合、脱出。
- 12) 术后因颈椎内固定或植骨融合，致颈椎功能可能受限或部分丧失，并可能出现颈肩部、项背部或胸腰部疼痛、畸形。
- 13) 术后因欠费影响正常医疗活动，责任须自负。

14) 其它：

医师告知我如下手术可能发生的风险，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，医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施。

医师陈述：


我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

手术医师签名  签署日期：2013年5月30日8时30分

患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、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。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名 

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名  与患者关系 夫妻

签署日期：2013年5月30日9时0分

