



吉林大学白求恩第一医院

### 手术治疗知情同意书

患者姓名：林志伟      性别：男      年龄：18岁  
 住院号：01737923      病房号：      病床号：J10  
 术前诊断：右手机器绞伤  
 拟行手术名称：右前臂扩创术

手术中、手术后可能出现的并发症和手术风险等情况：

- 1、麻醉意外，呼吸心跳骤停，抢救无效死亡。
- 2、术中根据皮肤、软组织、血管条件决定手术方式；皮肤缺损，创面污染重，VSD负压引流术（VSD装置是医保外自费项目），二期修复；条件允许，二期修复创面，行皮瓣手术或植皮手术，皮瓣或植皮坏死，感染，二次手术；
- 3、术中副损伤，瘢痕，缝线反应。
- 4、感染，骨髓炎，延期愈合，二次手术。
- 5、肌腱粘连，二次断裂。
- 6、血管痉挛，血管堵塞。
- 7、神经症状（麻木、肌肉萎缩）恢复有限。
- 8、皮肤软组织迟发性坏死，二次手术，长期卧床、深静脉血栓形成，脱落危及生命。

替代的术式或治疗方案：结扎

告知者（签字盖章）：  
 2017年10月31日

#### 患者意见：

我同意选择 手术（急诊） 方案，手术中可能出现的危险、并发症等情况，  
 医师已向患者本人（患者家属）告知交待，患者方面充分考虑和理解可能遇到的风险，经权衡利弊，同意选择并接受该项诊疗服务。接受手术过程中，如遇不能独立行使知情同意权力的情况，同意由代理人代行知情同意权，具体委托见《患者知情 同意授权委托书》。

患者签字或画押：  
 （代理人签字或画押：李斌）



吉林大学白求恩第一医院

### 患者知情同意授权委托书

病案号: 01737923

患者姓名: 林志伟

身份证号码: 211

住院号: 01737923

住址: 中楼镇

右手、右腕部皮肤

入院时间: 2017.10.31

科室: 手足外科

病房:

入院诊断: 缺损、手指缺损

床号: 2103-1

鉴于 原因, 现委托 周兰芳 身份证号码: 不详, 与 患者的关系: ) 为代理人, 在接受医疗服务中, 就如下范围 中所涉及的问题, 代行患者本人的知情同意权, 在所签署的文书及所作决定, 在医院方面应视为已正得患者本人同意, 由此产生的一切后果均由患者本人承担责任。

授权范围:

- 1、特殊诊断项目;
- 2、特殊治疗项目;
- 3、非医疗保险诊疗及药品目录的项目;
- 4、全部诊疗过程;
- 5、其他:

授权人 (签字或画押): 林志伟

2017 年 11 月 08 日

被授权人 (签字或画押): 周兰芳

主治医师 (签名盖章): 黄东祖