

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

科别: 肛肠科

病区: [REDACTED]

床号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

1、这是一份有关手术的告知书,目的是告诉您有关手术的事宜。

您有权知道将要进行的手术的性质和目的、存在的风险、预期的效果和其他可能的影响。您有权在充分知情后决定是否同意手术。除出现危及生命的紧急情况外,在没有给予您知情并获得您签署的书面同意以前,医生不能对您施行手术。在手术前任何时间,您有权接受或拒绝本手术。

2、您的主刀医师是:陶晓春

3、疾病介绍和治疗建议

3.1 术前诊断:坏死性筋膜炎、高血压病3级(高危)

3.2 麻醉方式:硬脊膜外腔阻滞麻醉

3.3 手术名称:坏死性筋膜炎清创引流术

3.4 手术日期:2020年05月07日

3.5 手术目的与预期效果:

彻底治愈疾病

缓解病程进展

减轻患者痛苦

挽救病变器官功能

获得病理学诊断

消除潜在严重隐患

其他:

3.6 手术指证:1.患者 [REDACTED] 男,50岁,因“肛周肿痛不适6天”收入。

2.入院时:患者神清,纳可,寐安,肛周肿痛难忍,大便日行1次,质软成形,小便畅。

3.专检:视诊:肛缘一周连会阴区漫肿,皮肤色红高凸,6点位肛缘见一切口,见有黄白色带气泡样分泌物溢出。触诊:触痛明显,按压后切口处持续分泌物溢出,双侧阴囊根部皮温较高,左侧耻骨联合水平处触及捻发音。肛指未检。

3.6 手术禁忌:无。

3.7 术前准备:完善腹部CT、血气分析、血常规+CRP、生化指标、凝血功能、传染病指标等相关检查。

4、手术潜在风险及对策:

4.1 我理解接受这次手术,术中可能发生的风险,主要涉及:

药物过敏

麻醉意外

难以控制的大出血

术中心跳呼吸骤停,导致死亡或无法挽回的脑死亡

病情变化导致手术进程中断或手术方案更改

不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤,导致患者残疾或带来功能障碍

其他:

4.2 我理解接受这次手术,术后可能发生的并发症,主要涉及:

术后出血

局部或全身感染

切口裂开或愈合缓慢

脏器功能损伤和/或衰竭

水电解质平衡紊乱

术后气道阻塞

呼吸、心跳骤停

诱发原有疾病恶化

术后谵妄

再次手术

术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符

手术知情同意书

姓名: [] 科别: 肛肠科 病区: [] 床号: [] 住院号: []

其他:

4.3 我理解原有基础疾病可能会加大以上这些风险, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

4.4 我理解术后如果不遵医嘱, 可能影响手术效果。

5、我知晓除此手术之外的替代疗法包括:

内科保守治疗 其他手术, 名称:

其他:

6、我知晓拒绝此手术可能导致的不良后果:

危及患者生命 加重病情 失去治疗机会

引起各种严重并发症 感染不能控制 器官功能损害

其他:

医生声明:

我已经以病人所能理解的方式告知患者目前的病情、拟定的治疗或操作、及可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法等相关事宜, 并给予了患者充足时间询问本次治疗的相关问题并作出解释。

经治医师: []

手术医师: [] 签名日期: 2020.5.7

患方意见:

我的医生已经告知我将要进行的医疗措施的必要性、步骤、成功的可能性、操作前后可能出现的风险和并发症, 不实施该治疗方式的风险。

我理解除了医师告知的风险以外, 该医疗措施实施过程中有可能出现其他危险或者预想不到的情况。我可与主管医生讨论该医疗措施的相关内容, 包括我对该医疗措施的一些疑惑。

我经慎重考虑, 已充分理解本知情同意书的各项内容, 愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症, 并选择本医疗措施, 而非替代方案中所列疗法。

患者及家属意见:

患者签名:

签名日期: 年 月 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 []

与患者关系: []

签名日期:

2020年 5月 7日

委托书

姓名：[REDACTED] 科别：肛肠科 病区：[REDACTED] 床号：[REDACTED] 住院号：[REDACTED]

为有利于本人的疾病治疗，兹委托 [REDACTED] 与本人关系：[REDACTED] 为本人在贵院住院期间的代理人（受托人），全权处理本人诊疗过程中的一切事务，代理本人病情、医疗措施和医疗风险等所有医疗活动的知情同意权、选择权，并在所有需患者签名的知情同意医疗文书上签名。经代理人（受托人）签名同意所实施的医疗行为，若产生不良后果将由本人承担。

此致

龙华医院