

# 手术知情同意书

姓名	张小四	年龄	33	性别	女	病历号	N043442
----	-----	----	----	----	---	-----	---------

## 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 双眼视网膜母，需要在 局部 麻醉下进行视网膜 手术。

## 手术潜在风险和对策

医生告知我手术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生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生讨论。

- 1、我理解任何手术麻醉都存在风险；
- 2、我理解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；
- 3、我理解此手术发生的风险；
- 4、麻醉意外、心脑血管意外；
- 5、术中损伤大血管，导致失血性休克；
- 6、术中损伤重要神经；
- 7、伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合；
- 8、切口感染严重或裂开者需清创或清创后二次手术；
- 9、术后手术部位出血，可能需要进行二次手术；
- 10、术中损伤血管或神经导致出血或局部感觉麻木；
- 11、其它目前无法预计的风险和并发症；
- 12、我理解如果我患有高血压、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或心脑血管意外；
- 13、我理解术后如果不遵医嘱，可能影响手术效果。

## 特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险，一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

## 患者知情选择

- 我的医生已经告知我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、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式作出调整。
- 我理解我的手术需要多为医生共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查和医疗废物处理等。

患者签名：

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属签名

患者授权亲属签名：

## 医生陈述

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、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名：

上级医生签名：

