

深圳市儿童医院
麻醉及术后镇痛知情同意书

姓名：范颖萱 性别：女 年龄：10岁5月 住院号：555367
科室：血液肿瘤科 床号：血液61 ASA：III 体重：18.4 kg

术前诊断：横纹肌肉瘤

拟行手术：（其他）椎管内置管止痛术。

主要病情特点：

尊敬的患儿家长您好，您的孩子准备在我院实施手术，该手术需要在麻醉下实施，麻醉科医生跟你进行交流以便确定麻醉方案，依据我们的专业知识结合患儿的病情有以下麻醉方案可供选择。

1静脉复合麻醉（非气管插管） 2静吸入复合麻醉（非气管插管）

推荐方案的风险和益处：

静脉复合麻醉或静吸入复合麻醉（非气管插管）：相对经济，适合浅表短小手术，气道管理较困难，返流误吸风险大，气道分泌物或舌后坠等易引起呼吸道梗阻。麻醉实施过程中各种操作、麻醉药物也可能对人体有一定影响，我们会在下面给你解释。

经过与你沟通确定本次拟行麻醉方案为（方案1）

麻醉是用优良的麻醉技术和方法来减轻手术的疼痛并尽可能保障手术的安全，使手术得以顺利完成，解除患者病痛。麻醉本身具有创伤性和危险性。由于个体差异，麻醉可能发生的危险及意外包括但不限于如下。主管医生除口头向您说明外，同时要与您签定知情同意书，请您认真阅读下文，慎重考虑是否接受该麻醉。

根据麻醉操作常规，按照中华人民共和国药典的要求，使用各种、各类麻醉药后，患者仍有可能出现中毒、过敏、高敏、神经毒性等反应，导致休克、呼吸心跳停止。

- ☐ 1. 气管插管困难，唇舌损伤，牙齿松动或脱落，喉水肿、声带麻痹、声音嘶哑，气管粘膜损伤，严重者瘢痕形成致气道狭窄。
- ☐ 2. 椎管内阻滞可引起术后头痛、神经损伤、硬膜外血肿、导管折断及下肢感觉或运动障碍，感染导致截瘫等。
- ☐ 3. 神经阻滞可发生神经损伤、局部血肿和气胸、邻近神经被阻滞或损伤等。
- ☒ 4. 病人对麻醉药的过敏及中毒反应，可导致休克、呼吸心跳骤停。
- ☒ 5. 麻醉手术期间可能发生低血压、高血压、脑血管意外、心律失常、循环衰竭、心跳骤停、术后苏醒延迟等。
- ☒ 6. 静脉或动脉穿刺可能发生局部脉管炎、动脉栓塞、局部皮肤坏死、血肿和气胸。
- ☒ 7. 麻醉手术期间可能发生呕吐、反流，误吸、分泌物过多、舌后坠、喉痉挛、呼吸道梗阻、窒息或吸入性肺炎、呼吸衰竭。
- ☒ 8. 麻醉手术中可能发生输血、输液、药物不良反应及恶性高热导致休克，呼吸心跳骤停。
- ☒ 9. 麻醉手术中可能诱发和加重原有的疾病。
- ☒ 10. 术中根据麻醉和手术需要有可能改变麻醉方式。
- ☒ 11. 术中有发生一些不可预料的意外的可能（例如压疮）。其他无法预计的并发症和后果。
- ☒ 12. 医保患者麻醉期间可能需应用自费药品（1、丙泊酚中长链脂肪乳 2、复方电解质注射液（石家庄） 3、托烷司琼 4、地佐辛 5、复方利多卡因乳膏 6、人纤维蛋白原（博雅） 7、人凝血酶原复合物（山东） 8、20%人血白蛋白 9、舒芬太尼（新生儿需自费） 10、阿芬太尼）医保患者麻醉期间可能需应用自费耗材，一次性耗材：（一次性使用腰硬联合麻醉穿刺套件）。
- ☒ 13. 根据病情需要，皮肤防护处理（术中）、电刀负极板（美国）、新生儿病人回路负极板、石膏绷带、高分子固定绷带、医用固定带、多功能电极片[除颤监护仪]，属于自费项目，特此告知。
- ☐ 14. 因麻醉和手术需用血液回收机行自体血回收输血、血液稀释、有创动（静）脉压监测时出现：血/气胸、血管损伤、血肿，乳房胸、心包填塞、血（气）栓塞，凝血功能障碍、感染、心律失常、循环衰竭及输血输液不良反应等。
- ☐ 15. 术后镇痛可能出现恶心、呕吐、呼吸抑制、皮肤瘙痒等不良反应及机械故障、意外脱管、导管打折堵塞导致效果不佳。患者若在病房出现意外，请及时向值班护士反映，不要自行处理。
- ☐ 16. 镇痛方式：☐ 静脉自控 ☐ 硬膜外自控 ☐ 其它
- ☐ 17. 术中采用经食管超声心动图检查可能出现口腔及食管黏膜损伤、食管穿孔、出血或局部血肿，术后恶心、呕吐、咳嗽痰，对超声耦合剂产生过敏反应，严重者心律失常、心肌梗死、急性心力衰竭、休克或大出血等。
- ☐ 18. 其它

注：以上麻醉意外和并发症均有致残或致死的可能。

患者知情选择:

- ☒ 麻醉医生已告知我将要实施的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险,可能存在的其它麻醉方法,并给我解答了此次麻醉的相关问题,即前面打钩的项目。
- ☒ 我同意麻醉医生所推荐的麻醉方法并承担麻醉中可能出现的风险和费用。
- ☒ 我理解在我的麻醉期间需要多位医生共同参与进行。
- ☒ 我并未得到治疗百分百无风险的承诺。
- ☐ 我同意接受术后镇痛并承担术后镇痛的风险和费用。
- 在实施上述麻醉时,我们会严格遵守有关技术规范 and 诊疗常规,并做好充分的准备工作,以防范和减少以上不良现象的发生。如发生以上情况,我们会积极采取相应的措施进行救治。

患方签字人:

电话:

医师签名:

与患者关系:

签名日期:

签名日期:

2024-08-25 16:00

更改麻醉方法知情同意书

尊敬的患儿家长,由于以下原因影响手术继续进行,需要更改麻醉方法:

- ☐ 所实施的区域神经阻滞效果欠佳。
- ☐ 由于手术方式的改变,需要更改麻醉方法。
- ☐ 手术时间比原来预计时间延长,目前所实施的麻醉方法不能满足手术要求。
- ☐ 未行气管插管,难以保持呼吸道通畅。

麻醉医生已告知了我更改麻醉方法的原因,我表示理解并同意更改麻醉方式。

患方签字人:

电话:

医师签名:

与患者关系:

签名日期:

签名日期: