

## ●同意書;説明文書

[手術・術式名; \_\_\_\_\_ ]

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

局所麻酔下で上記手術施行いたします。

- ・術前に血液、超音波/CT/MRI、細菌培養検査をさせていただくことがあります。
- ・術中、急変時に対応できるように、必要時は点滴をさせていただくことがあります。
- ・術後、指示まで創部(患部)の安静、冷却、圧迫が必要です。
- ・抜糸は、術後\_\_\_\_\_日くらいで行う予定です。
- ・傷痕は基本的には残ります。
- ・再手術の必要や、緊急に閉創を行う場合もあります。
- ・感染、血腫、創離解などを認めることもあります。
- ・標準的治療法として、手術の際に感染予防のため抗菌薬の点滴投与を行ったり、まれに、抗菌薬によるアレルギー反応などの副作用が起こることもあります。過去に何らかの薬剤アレルギーがある方は、この副作用が起こりやすいとされていますので事前に申し出て下さい。副作用が起これば適宜対応いたしますが、副作用が激しくて適切な治療にもかかわらず改善しない場合は、命にかかわる事態になることもあります。
- ・術中・術後ベッド上安政に伴う肺動脈血栓塞栓症の合併などがありますが、このような合併症をきたさないように、十分に注意して手術・術後管理に努めます。
- ・術後、経過を診させて頂くためにしばらく通院が必要となることがあります。

説明医: \_\_\_\_\_ / 同席医療従事者:

説明日時:

患者氏名: \_\_\_\_\_ (患者 ID: \_\_\_\_\_ )

住所: