

北京大学深圳医院

患者姓名		性 别	女	民 族	汉族	住 院 号	
科 室	肝胆胰外科	年 龄	61岁	床 号	GDY63	证 件 号	

胰十二指肠切除手术知情同意书

病情及医疗措施告知:			
病情摘要	反复上腹痛20余天		
过敏史	无	拟定麻醉方式	全麻
术前诊断	1. 十二指肠恶性肿瘤 十二指肠降部粘膜腺癌 2. 高血压	拟定手术医师	张光涛
拟定手术方案	腹腔镜胰十二指肠切除术	拟定手术日期	2024-05-07
备选手术方案	开腹胰十二指肠切除术, 姑息手术	临时更改后手术日期	

根据您的病情, 您需要进行上述手术治疗(以下称手术)。该手术是一种有效的治疗手段, 一般来说, 手术和麻醉过程是安全的, 但由于该手术具有创伤性和风险性, 因此医师不能向您保证手术的效果。

手术潜在风险及对策:

因个体差异及某些不可预料的因素, 术中和术后可能会发生意外和并发症, 严重者甚至会导致死亡。现告知如下, 包括但不限于:

- √ 1、麻醉并发症(另附麻醉知情同意书);
- √ 2、术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命安全;
- √ 3、术中因解剖位置及关系变异变更术式;
- √ 4、术中可能会损伤神经、血管及邻近器官;
- √ 5、伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合, 瘘管及窦道形成;
- √ 6、脂肪栓塞: 严重者可导致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命安全;
- √ 7、呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
- √ 8、循环系统并发症: 心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停;
- √ 9、尿路感染及肾衰;
- √ 10、脑并发症: 脑血管意外、癫痫;
- √ 11、精神并发症: 手术后精神病及其他精神问题;
- √ 12、血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞;
- √ 13、多脏器功能衰竭, 弥漫性血管内凝血(DIC);
- √ 14、水电解质平衡紊乱;
- √ 15、诱发原有疾病恶化;
- √ 16、术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;
- √ 17、再次手术;
- √ 18、标本用于医学研究;
- √ 19、本手术提请患者注意的本专科专病的特殊并发症及后遗症:

1. 拟行胰十二指肠切除术, 包括切除部分胃、十二指肠、空肠起始段、胰头及淋巴结清扫, 行胰肠吻合、胆肠吻合及胃肠吻合术, 具体手术方式视术中情况而定; 如术中发现肿瘤广泛转移, 仅行活检术; 如肿瘤侵犯周围血管脏器, 行联合脏器切除术(如全胰腺、脾脏、胃、结肠、部分小肠、肾脏等联合切除); 如术中发现肿瘤侵犯门静脉, 行部分门静脉切除吻合重建, 或行人工血管置换术; 2. 术中可能损伤胃、肠管、肝脏等周围组织脏器, 需行相应修补、切除或吻合术; 3. 术中可能损伤周围血管导致出血性休克; 4. 术后肝功能衰竭, 黄疸、腹水, 出现肝昏迷, 危及生命可能; 5. 术后可能出现门静脉血栓形成、门脉高压、消化道出血、暴发性感染

北京大学深圳医院

患者姓		性	别	女	民	族	汉族	住	院	号
科	室	肝胆胰外科	年	龄	61岁	床	号	GDY63	证	件

可能： 6. 术后胆漏、胆汁性腹膜炎、肠漏、胰漏，腹腔内感染需要再次手术； 7. 术后肠粘连、肠梗阻；术后胰漏、肠漏，有术后穿刺引流、内镜干预引流、再次手术可能； 8. 术后胰腺内外分泌功能异常，需长期对症治疗； 9. 术后肿瘤复发转移可能； 10. 术后可能转ICU治疗；
 √ 20、其他（若无请填写无）： 无
 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

替代医疗方案：
 是否有替代治疗/手术方式： 是 否
 根据您的病情，目前主要有如下替代治疗/手术方式：
 姑息治疗

医生陈述：
 我已经告知患者将要进行的手术方式、手术目的及原因、此次手术可能发生的情况及准备采取的措施以及替代医疗方案等以上全部内容，并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

谈话医师签名 _____ 签名日期：2024年5月6日15时20分

主刀医师签名 _____ 签名日期：2024年5月6日18时20分

患方知情选择：

- 医生已经告知我将要进行的手术方式、手术目的及原因、此次手术可能发生的情况及准备采取的措施、替代医疗方案等以上全部内容，并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、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，甚至死亡。我理解我需要提供真实有效的病史资料，否则可能影响手术效果，如有隐瞒，一切后果自负。
- 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做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 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、细胞学检查和医疗废物处理等。
- 我明白在本次手术中，在不可预见的情况下，可能需要其他附加操作或变更手术方案，我授权医师在遇有紧急情况时，为保障我的生命安全实施必要的救治措施，我保证承担全部所需费用，我同意标本用于医学研究。
- 我知道在本次手术开始之前，我可以随时签署《拒绝医疗同意书》，以取消本手术同意书的决定。
- 我已仔细阅读以上内容，医师已向我解释过替代治疗/手术方式及其风险，我对医师护士的告知表示完全理解，经慎重考虑，我决定 同意（“同意”或“不同意”）选择拟定手术方案及以上内容（若不同意，选择替代方式 _____），_____（“同意”或“不同意”）做术中快速冰冻切片。

1. 患者本人（为完全民事行为能力人）填写下列内容：
 _____ 签名时间 2024年5月6日15时20分
 2. _____ 监护人： 近亲属（除患者处于昏迷等无法自主作出决定，均须签署授权委托书）
 系 丈夫 联系电话 _____
 身份证号 _____ 签名时间 2024年5月6日15时20分
 3. 因抢救生命等紧急情况，不能取得患者或者其近亲属书面同意的，医院授权的负责人意见及签名：
 签名 _____ 签名时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

注：近亲属是指配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

北京大学深圳医院

患者姓名		性别	女	民族	汉族	住院号	
科 室	肝胆胰外科	年 龄	61岁	床 号	GDY63	证 件 号	

输血治疗知情同意书

过 敏 史		既 往 输 血 史	
临 床 诊 断		体 重	
联 系 电 话		住 址	
输 血 目 的	<input type="checkbox"/> 纠正贫血 <input type="checkbox"/> 补充凝血因子 <input type="checkbox"/> 预防性输注 <input checked="" type="checkbox"/> 手术备血 <input type="checkbox"/> 止血		
输 血 成 分	<input checked="" type="checkbox"/> 红细胞 <input checked="" type="checkbox"/> 血小板 <input checked="" type="checkbox"/> 血浆 <input type="checkbox"/> 冷沉淀 <input type="checkbox"/> 全血 <input type="checkbox"/> 其他		

经治医师向患者、家属或监护人说明：

输血治疗包括全血、成份血，是临床治疗的重要措施之一。经临床医师全面评估患者当前的临床表现和疾病的发展，患者符合输血治疗的指征，将考虑输血治疗。

我院使用的血液来源合法，且均已按卫生部相关规定进行了检测并达到质量要求。但输血仍有某些不能预测或难以防范的输血不良反应和输血传染病的风险。

输血可能引起的不良反应或并发症

发热反应、荨麻疹、过敏反应、细菌污染引起的输血反应、冷血副作用、产生同种抗体、循环超负荷及电解质酸碱平衡失调、稀释性凝血因子减少引起的出血倾向、急性肺损伤、移植物抗宿主病、急性溶血性输血反应、迟发性输血反应等。

输血可能传播的疾病

鉴于输血有不能预测或难以防范的输血传染病的风险。为便于查证，患者输血前必须进行如下检查：①乙型肝炎五项 ②丙肝病毒抗体 ③艾滋病毒抗体 ④梅毒抗体 ⑤转氨酶

替代医疗方案：

是否有替代医疗方案： 是 否

根据您的病情，目前主要有如下替代医疗方案：

1. 自体输血（需签署“自体输血治疗同意书”）
2. 家属、亲友互助用血

医生陈述：

我已经告知患者输血治疗可能发生的并发症和风险、一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施及替代方案，并且解答了患方关于此次治疗的相关问题。

医师签名： _____ 签名日期： 2014-12-5 10:10

患方知情选择：

- 医生已经告知我患者输血治疗可能发生的并发症和风险、一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施，但诊疗及抢救产生的费用由我（们）承担及可能存在的其它治疗方法等以上全部内容，并且解答了我关于此次治疗的相关问题。
- 我已经仔细阅读以上内容并听取了医务人员的解释，知悉病情和输血治疗的必要性，知悉输血存在的风险。经考虑在治疗期间 同意（填“同意”或“拒绝”）输血治疗（包括可能需要多次输血治疗）及以上内容。

1、患者本人（为完全民事行为能力人）填写下列内容：

北京大学深圳医院

患者姓名		性别	女	民族	汉族	住院号	
科室	肝胆胰外科	年龄	61岁	床号	GDY63	证件号	

患者本人签 _____ 签名时间 2024年5月6日15时20分

2、非患者本人, 请勾选 监护人; 近亲属 (除患者处于昏迷等无法自主作出决定, 均须签署授权委托书)

签名 _____ 与患者关系 _____ 联系电话 _____

身份证号 _____ 签名时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

3、因抢救生命等紧急情况, 不能取得患者或者其近亲属书面同意的, 医院授权的负责人意见及签名:

签名 _____ 签名时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

注: 近亲属是指配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。