

重庆市肿瘤医院 手术知情同意书

患者姓名: [] 性别: 女 年龄: 62岁 住院号: []
 科室: [] 床号: [] 术类型: 门诊 / 急诊
 术前诊断: 原发性肝癌 pT2NxM1, 脑转移瘤; 胆管炎; 子宫肌瘤
 拟施手术: 腹腔镜肝部分切除术+胆囊切除术
 手术日期: 2017-7-26

替代医疗方案: 化疗 放疗 分子靶向治疗 中医 内科治疗 其他
 拟行医疗方案的目的: 完全性切除 姑息性切除 探查取活检 其他

手术可能发生的结果(包括术中、术后、并发症等)根据各科室、各种手术不同自行书写。

- 1) 麻醉: 麻醉可能存在的各种并发症详见麻醉知情同意书
 麻醉并发症, 严重者可能导致休克, 危及生命;
 具体手术方式根据腹腔镜探查结果决定;
 拟行腹腔镜肝部分切除术+胆囊切除术, 有中转开腹可能;
 术中、术后大出血, 严重者可能导致休克, 危及生命, 必要时输血;
- 2) 术中: 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式; 如恶性肿瘤广泛转移可能放弃手术;
 手术可能需联合胰十二指肠切除术;
 因病灶或患者健康的原因, 终止手术;
 病灶切除不全, 或肿瘤残体残留; 如为肿瘤术后可能肿瘤残留、复发、转移;
 术中损伤周围神经、血管及邻近器官, 如: 胆管、肠、胃、肺等;
 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; 术后能可发生并
 发粘连、肠梗阻, 必要时再次手术;
 呼吸并发症: 肺不张、肺炎、胸腔积液、气胸等;
 心脏并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停;
 尿路感染及肾衰;
 术后出现肝功能不全, 肝功能衰竭、大量腹水, 严重者可能死亡;
 术中术后可能出现大出血, 严重者出现凝血功能障碍, 甚至死亡可能。
- 3) 术后: 脑并发症: 脑血管意外、癫痫;
 精神并发症: 手术后精神病及特别的其他精神问题;
 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞;
 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血);
 水电解质平衡紊乱;
 诱发原有疾病恶化;
 再次手术;
- 4) 其他: 其他术前不可预知其他情况, 术中将根据具体情况科学处理。

备注: 由于医疗技术水平发展的局限和个体差异, 存在医务人员难以预知的风险, 故诊疗过程中实际出现的风险不限于上述说明内容。

医生陈述
 我已经告知患者(或家属)将要进行的手术方式以及术中、术后可能发生的并发症和风险, 并且充分说明了相关防范措施, 一旦出现上述风险和意外, 医生将从维护患者利益的角度出发会积极采取应对措施, 尽可能降低风险及减少并发症发生。我已经尽量以患者(或家属)所能了解之方式, 说明该手术相关的信息, 特别是下列事项: 实施该手术的原因、目的、风险; 并发症及可能处理方式; 不实施拟行手术可能发生的后果; 其他替代医疗方案的利弊。我已经解答了患者(或家属)关于此次手术的相关问题。

经管医生签名: [] 签名日期: 2017.7.25
 主刀医生签名: [] 签名日期: 2017.7.25

- 患者知情选择**
1. 我的医生已向我(们)说明, 并且我(们)已经了解下列内容: 实施该手术的必要性、步骤、风险及相关信息; 不实施该手术可能出现的后果; 其他替代诊疗方案及风险; 该拟行手术是我最合适的选择, 但其仍存在风险且无法保证能够达到预期目的, 医生解答了我关于此次操作的相关问题。
 2. 医方按诊疗常规、规范操作的过程中, 由于患者体质特殊或其他不可预测、避免的因素导致意外或并发症, 造成患者病情加重, 住院时间延长, 住院费用增加, 伤残甚至死亡等, 我(们)表示理解, 并积极配合医方处置。
 3. 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。
 4. 紧急情况处置授权。我(们)了解除了医师说明的危险外, 拟行医疗方案还可能其他危险或者意想不到的情况, 在此我(们)也授权医师, 在遇到难以预料的紧急、危险情况时, 从考虑本人利益角度出发, 根据我的病情对预定的手术方式做出调整, 按照医学常规予以处置。

5. 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。

6. 我已如实向医生告知我的所有病情,如有隐瞒,一切后果自负。

经医生详细告知,我已充分了解病情、手术方案及风险,经充分考虑,我自愿选择手术治疗,并有充分的思想准备愿意承担可能面临的风险。

备注:经医生说明,患方应在充分理解后签署本同意书,患方如仍有不清楚事项,应向医师进一步询问及理解后签署。

患者签名 _____ 签名日期 _____

如患者无法签署知情同意书,应由患者授权代理人签署

患者授权代理人签名 _____ 与患者关系 母子

签名日期 _____ 联系电话 _____

术中谈话

在手术过程中,发现实际情况与术前估计不一致,以患者生命健康为最大考虑,需要立即更改原拟定的手术方式,实施新手术方式,术中即时向家属说明情况,征得患者家属同意后,授权医师在术中变更手术方式,签字为证,具体谈话内容如下:

医生签名 _____ 签名日期 _____

患者授权代理人签名 _____ 与患者关系 _____

签名日期 _____ 联系电话 _____

拒绝更改手术方式申明

经医生详细告知,我已充分了解病情及不变更手术方式可能发生的后果,经认真考虑,我自主决定拒绝实施新手术方式,仍按原拟定的手术方式进行手术,并且愿意承担因此手术而发生的一切后果,特此签字声明。

患者授权代理人签名 _____ 与患者关系 _____

签名日期 _____ 联系电话 _____

重庆市肿瘤医院

手术知情同意书

患者姓名: [] 性别: 女 年龄: 62岁 住院号: []
 科室: 脑外科(住院) 床号: [] 手术类型: 门诊 / 急诊
 术前诊断: 1. 右侧额叶占位: 恶性肿瘤? 2. [] 性肿瘤?
 拟施手术: 右侧额叶占位切除术
 手术日期: 2017-07-06
 替代医疗方案: 化疗 放疗 分子靶向治疗 中医 内科治疗 其他
 拟行医疗方案的目的: 完全性切除 姑息性切除 探查取活检 其他
 手术可能发生的结果(包括术中、术后、并发症等): 根据各科室、各种手术不同自行书写。

- 1) 麻醉: 麻醉可能存在的各种并发症详见麻醉知情同意书
- 1、肿瘤与邻近大血管关系密切, 术中损伤邻近大动脉、引流静脉或静脉窦难以完全避免, 术后可能发生脑组织缺血, 缺血性静脉血栓形成导致脑深部结构引流障碍, 患者术后出现行走困难, 走路不稳, 瘫痪(患者面部肌肉及肢体不能活动)、失语(不能说话、说话不清、不能听懂别人说话、不能正确说出物体名称等)、长期昏迷、植物状态生存, 甚至死亡。
 - 2、病变位于右侧运动功能区, 术中邻近神经组织的损伤难以完全避免, 术后可能出现瘫、听力障碍、面瘫、精神障碍(烦躁、胡言乱语、攻击性行为等)、智能障碍、长期昏迷不醒, 植物生存乃至死亡。
 - 3、术中可能发生大出血, 止血困难, 致大出血休克死亡。
 - 4、术中若发现脑组织压力高, 须行去骨瓣减压, 术后遗留颅骨缺损, 3-6月后再行二期手术修补颅骨缺损。麻醉和手术中出现意外情况, 术中, 术后发生心、肺、肝功能障碍或其他意外危及生命。
 - 1、术后可能发生术区再出血或术区以外其它部位出血(可能在急性期发生或术后多天才发生), 患者可能出现头痛加重、恶心呕吐、瘫痪, 失语(不能说话、说话不清、不能听懂别人说话、不能正确说出物体名称等)、癫痫(反复发作意识丧失, 四肢或面部抽搐等)、昏迷, 病情可能突然恶化, 危及生命。有可能再次行开颅手术清除血肿。
 - 2、术后脑水肿, 致瘫痪、昏迷甚至死亡, 有可能再次行手术去骨瓣减压, 有可能再次行开颅手术清除血肿。
 - 2、术中未发现脑组织压力不高, 未行去骨瓣减压, 术后脑水肿严重, 危及生命, 可能需再次手术行去骨瓣减压, 术后遗留颅骨缺损, 3-6月后再行二期手术修补颅骨缺损。
 - 3、术后原有症状无改善甚至加重。
 - 4、术中肿瘤可能无法全切除, 术后肿瘤复发, 术后其他部位肿瘤进展, 导致病情加重。
 - 5、术后可能发生颅内感染, 如脑膜炎、脑室炎、脑脓肿, 重则发生败血症(全身感染), 有生命危险。术后可能需反复腰穿鞘内注药抗感染治疗, 并可能再次行开颅手术切除脓肿, 有生命危险。术后可能发生头部切口感染, 切口经久不愈, 切口脑脊液漏; 术后可能发生呼吸、泌尿系统感染, 甚至发生败血症(全身感染), 有生命危险。感染可能经久不愈, 治疗风险增大及治疗经费增加。
 - 6、术后可能发生脑积水, 可能需行脑室外引流术或脑室-腹腔分流术。
 - 7、术后癫痫发作可能, 需长期服药治疗, 可能治疗效果差且抗癫痫药物有较大副作用。
 - 8、手术并发症多, 术中、术后可能发生多器官功能障碍(心、肺、肝、肾功能障碍、血糖升高, 消化道出血, 电解质紊乱等), 有生命危险, 治疗风险增大及治疗经费增加。
 - 9、术前病性不明, 病变性质取决于活检结果, 术后可能需行进一步治疗。
 - 10、若出现严重术后并发症, 术后可能长期昏迷不醒, 植物生存, 乃至死亡, 治疗风险大, 治疗经费高。
 - 11、术后恢复时间可能较长, 术后可能出现瘫痪、听力障碍、面瘫、长期头昏、头痛等不适, 治疗效果不佳。
- 4) 其他: 生命医学科学尚存在许多未知的领域, 术前、术中、术后发生不可预知的其他并发症可能, 甚至有生命危险。

备注: 由于医疗技术水平发展的局限和个体差异, 存在医务人员难以预知的风险, 故诊疗过程中实际出现的风险不限于上述说明内容。

医生陈述
 我已经告知患者(或家属)将要进行的手术方式以及术中、术后可能发生的并发症和危险, 并且充分说明了相关防范措施, 一旦出现上述风险和意外, 医生将从维护患者利益的角度出发会积极采取应对措施, 尽可能降低风险及减少并发症发生。我已经尽量以患者(或家属)所能了解之方式, 说明该手术相关的信息, 特别是下列事项: 实施该手术的原因、目的、风险; 并发症及可能处理方式; 不实施拟行手术可能发生的后果; 其他替代医疗方案的利弊。我已经解答了患者(或家属)关于此次手术的相关问题。

经管医生签名: [] 顾健 日期: 2017-06-29
 主刀医生签名: [] 毛德强 日期: 2017-06-29

患者知情选择

1. 我的医生已向我（们）说明，并且我（们）已经了解下列内容：实施该手术的必要性、步骤、风险及相关信息；不实施该手术可能出现的后果；其他替代治疗方案及风险；该拟行手术是目前最适合的选择，但其仍存在风险且无法保证能够达到预期目的，医生解答了我关于此次操作的相关问题。
2. 医方按诊疗常规、规范操作的过程中，由于患者体质特殊或其他不可预测、避免的因素导致意外或并发症，造成患者病情加重、住院时间延长，住院费用增加，伤残甚至死亡等，我（们）表示理解，并积极配合医方处置。
3. 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。
4. 紧急情况处置授权。我（们）解除了医师说明的危险外，拟行医疗方案还可能出现其他危险或者意想不到的情况，在此我（们）也授权医师，在遇到难以预料的紧急、危险情况时，从考虑本人利益角度出发，根据我的病情对预定的手术方式做出调整，按照医学常规予以处置。
5. 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
6. 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。

经医生详细告知，我已充分了解病情、手术方案及风险，经充分考虑，我自愿选择手术治疗，并有充分的思想准备愿意承担可能面临的风险。

备注：经医方说明，患方应在充分理解后签署本同意书，患方如仍有不清楚事项，应向医师进一步询问及理解后签署。

患者签名 _____ 签名日期 _____

如患者无法签署知情同意书，在此签名 _____

患者授权代理人签名 _____ 与患者关系 18

签名日期 _____ 联系电话 _____

术中谈话

在手术过程中，发现实际情况与术前估计不一致，以患者生命健康为最大考虑，需要立即更改原拟定的手术方式，实施新手术方式，术中即时向家属说明情况，征得患者家属同意后，授权医师在术中变更手术方式，签字为证，具体谈话内容如下：

医生签名 _____ 签名日期 _____

患者授权代理人签名 _____ 与患者关系 _____

签名日期 _____ 联系电话 _____

拒绝更改手术方式申明

经医生详细告知，我已充分了解病情及不变更手术方式可能发生的后果，经认真考虑，我自主决定拒绝实施新手术方式，仍按原拟定的手术方式进行手术，并且愿意承担因此手术而发生的一切后果，特此签字声明。

患者授权代理人签名 _____ 与患者关系 _____

签名日期 _____ 联系电话 _____