

成都市中西医结合医院 成都市第一人民医院

腹腔镜手术知情同意书

姓名: [] 性别: [] 年龄: [] 住院号: [] 登记号: []
科室: 肝胆胰脾外科 病区: 肝胆胰脾外科病区 床号: [] 身份证号: []

患者因“检查发现胆囊结石5年,反复恶心呕吐1年”入院。

过敏史: 无

输血史: 无

术前诊断: 1. 胆囊结石伴胆囊炎; 2. 高血压2级 很高危; 3. 糖尿病; 4. 脂肪肝; 5. 子宫切除术后; 6. 窦性心律不齐

拟定手术医师: 赖威、杨洁

拟定手术方式: 腹腔镜下胆囊切除术

拟行麻醉方式: 由麻醉医师决定

拟定手术日期: []。如有变化另行通知。

根据你的病情,你需要进行上述手术治疗(以下称手术)。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,因此医师不能向你绝对保证手术的效果。

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,严重者甚至会危及生命。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、术中可能会损伤邻近神经、血管及器官;
- 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,严重者可出现肺栓塞、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、与传统的开腹手术相比,腹腔镜手术具有手术创伤小、术后恢复快等优势。但腹腔镜手术也有其局限性和相应的风险,另外腹腔镜手术中也可能由于情况复杂、解剖变异或发生并发症等情况而中转开腹;
- 19、因病情复杂、有其它病变或并发症的发生时,手术需改为剖腹方式进行;
- 20、二氧化碳气腹造成的并发症:气体栓塞、皮下气肿、术后右侧肩背部疼痛等;
- 21、其它目前无法预计的风险和并发症。

就本次手术,医师提请患者及亲属注意的其他事项:术中可能因为炎症重、解剖变异需中转开腹手术;术中可能损伤胆道,术中、术后可能改行T管引流术、胆肠吻合术;术后可能出现急性重症胰腺炎、胆漏,严重者可能需再次手术;术后残余胆囊形成/残余胆囊结石可能;术前、术中或术后均有可能出现继发性胆总管结石,术后可能施行胆胰管内镜取石或开腹手术取石治疗,必要时须行术中胆总管探查术;术后肝内外胆管再发胆管结石,必要时需手术治疗;术后病理检查提示肿瘤病变可能需再次手术治疗;本次手术中需要使用可吸收生物夹、止血纤维及可吸收缝线等,为自费,社保不予报销;如手术当天 19:00手术室未接病人则停止当天手术,需推迟手术时间,具体手术时间另行通知;术前特此告知。

成都市中西医结合医院 成都市第一人民医院

腹腔镜手术知情同意书

姓名: [redacted] 性别: [redacted] 年龄: [redacted] 住院号: [redacted] 登记号: [redacted]
科室: 肝胆胰脾外科 病区: 肝胆胰脾外科病区 床号: [redacted] 身份证号: [redacted]

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, 甚至死亡。

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, 为保证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。术中部分药品/材料可能不属于或者部分不属于公费医疗、大病统筹和社会基本医疗保险报销范围, 此种药品/材料的费用须由患者个人承担。

我知道在本次手术开始之前, 我都可以随时签署《拒绝医疗同意书》, 以取消本手术同意书的决定。

我已详细阅读以上内容, 对医师护士的告知表示完全理解。经慎重考虑, 我决定 接受 / 拒绝 做此手术, 并决定 授权 / 拒绝 手术医师做术中快速冰冻切片。患者选择 同意 / 拒绝 医师在围术期使用自费药品/材料。

谈话医师或获得授权的医务人员 签名: [redacted]

签名时间: [redacted] 年 [redacted] 月 [redacted] 日 [redacted] 时 [redacted] 分

患者/法定监护人/委托代理人 签名: [redacted]

同意

与患者关系: [redacted]

签名时间: [redacted] 年 [redacted] 月 [redacted] 日 [redacted] 时 [redacted] 分