

遵义医学院附属医院知情文件

手术知情同意书

姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：53岁 科室：甲乳科病区 床号：55 住院号：147[REDACTED]

术前诊断：双叶甲状腺癌

拟行手术名称：甲癌根治术（备颈淋巴结廓清术）

拟行手术时间：2018-12-24

手术目的：切除病灶，缓解症状、改善生活质量。

医务人员将严格遵守操作规程，但不能完全避免上述风险及并发症的出现，一旦发生，医务人员将尽力采取措施处理。上述风险及并发症，医师以如实告知，病人及家属已详细了解，自愿选择手术治疗，并愿意承担手术可能面临的风险及并发症。（麻醉风险及并发症另有告知）：

1. 任何手术麻醉都存在风险。
2. 任何所用药物都会产生副作用，它包括轻度的恶心 皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 此手术可能发生的风险：
 - 1) 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命。
 - 2) 本次手术本拟行患侧甲状腺全切或近全切除术，具体术式术中情况而定，必要时需行术中快速冰冻病理检查，根据冰冻病理结果决定手术方式，可能要改变手术方式，扩大手术范围。若术中探查为胸骨后甲状腺肿，可能需进一步行开胸切除甲状腺，术后出现相应并发症等。
 - 3) 如术中快速冰冻病理结果与石蜡切片结果有出入，以石蜡切片结果为准，可能需要行二次手术。
 - 4) 术中因解剖位置及关系变异变更术式：
 - 5) 术中损伤神经、血管及临近器官，如喉上神经、喉返神经损伤，术后出现饮水呛咳、声音嘶哑；食管、气管损伤等；若甲状旁腺功能损伤，术后低钙抽搐，需终身补钙可能；若行甲状腺腺叶切除、甲状腺全切或甲状腺癌根治术，术后甲状腺功能低下，术后可能需口服左旋甲状腺素片替代治疗或内分泌治疗，甚至终生服药可能。
 - 6) 伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合，瘻口及窦道形成，切口疝；
 - 7) 术中、术后伤口渗血、出血，压迫气管引起窒息，需行切开伤口、二次手术；
 - 8) 手术不能切净结节，或肿瘤残体存留，术后复发；
 - 9) 围手术期甲亢危象；
 - 10) 术后气管塌陷，需行气管切开；
 - 11) 术后甲状腺功能低下，需终身甲状腺替代治疗；
 - 12) 脑并发症：血管意外、癫痫；
 - 13) 呼吸并发症：肺不张、肺感染、胸前积液、气胸等；
 - 14) 心脏并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停；
 - 15) 血栓性静脉炎，以致肺血栓、脑栓塞或其他部位栓塞；
 - 16) 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；
 - 17) 因病灶或患者健康的原因，需终止手术；
 - 18) 术后发生气管软化，导致窒息甚至死亡；



遵义医学院附属医院知情文件

- 19) 手术体位致术后头疼;
 - 20) 术后胸导管瘘或淋巴瘘: 气胸及皮下纵膈气肿, 严重者需行胸腔闭式引流;
 - 21) 舌下神经及副神经损伤, 颈交感神经节损伤; 膈神经损伤致膈肌麻痹;
 - 22) 术中、术后大出血、胃肠道出血, 应激性溃疡, 导致失血性休克, 严重者死亡;
 - 23) 如果卧床时间过长可能导致肺部感染, 泌尿系统感染, 褥疮, 深静脉血栓及肺栓塞、脑栓塞等;
 - 24) 其他目前无法预计的风险和并发症。
4. 若患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。
5. 术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

特殊风险及主要的高危因素:

根据患者的病情, 患者可能出现以下特殊并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

1. 我的医生已告知我将要进行的手术方式 此次手术及术后可能发生的并发症和风险 可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

2. 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作出调整。

3. 我理解我的手术需要多位医生共同进行。

4. 我并未得到手术百分百成功的许诺。

5. 我授权手术医生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。

医务人员将严格遵守操作规程, 但不能完全避免上述风险及并发症的出现, 一旦发生, 医务人员将尽力采取措施处理。上述风险及并发症, 医师已如实告知, 病人及家属已详细了解, 自愿选择手术治疗, 并愿意承担手术可能面临的风险及并发症。

我已详细阅读以上内容, 对医务人员的告知表示理解, 经慎重考虑, 我决定: 同意手术。

病人签名:

代理人签名:

签字日期: 年 月 日

签字日期: 2018年12月24日

特别提示:

经过充分了解手术相关情况, 自愿决定放弃手术治疗, 并且愿意承担因不施行手术而面临的健康风险。

不同意手术。

病人签名:

代理人签名:

签字日期: 年 月 日

签字日期: 年 月 日

医师签名

告知日期: 2018年12月23日

