

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(1)页

病案号: 2240367

患者姓名: [REDACTED]	性别: 女	年龄: 54岁	科室: 基本外科
目前诊断: 胃中分化腺癌, 幽门梗阻; 特发性血小板减少性紫癜; 亚临床甲状腺功能减退症; 胆囊切除术后; 先天性室间隔缺损			
拟行手术(操作)名称: 腹腔镜胃癌根治术备开腹备脾切除术			
上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:			
<ol style="list-style-type: none">1、麻醉意外;2、心脑血管意外: 心肌梗塞、脑梗塞或脑出血;3、患者ITP病史, 凝血功能不佳, 术中大出血、失血性休克、DIC风险极高, 输血可能导致相关并发症;4、术中损伤周围神经、血管、脏器引起相应并发症;5、术中视具体情况决定手术方式, 如单纯探查、胃大部切除术、全胃切除术, 空肠代胃、胃-空肠吻合术, 食管空肠吻合术, 联合脏器切除: 如胆囊切除、脾、横结肠、食道下段、部分肝脏、胰体尾、部分肠道或其他脏器切除、胸腹联合切口等, 若肿瘤播散或与周围组织粘连严重仅行姑息性手术, 行空肠造瘘、胃造瘘等; 甚至无法手术而仅行探查手术等, 可能引起相应并发症; 术中视情况可能行联合脾切除术;6、探查阴性, 仅行开腹, 术中未能探及到瘤变原发灶, 冰冻病理未能发现肿瘤;7、患者ITP病史, 凝血功能不佳, 术后吻合口出血、腹腔出血, 必要时需二次手术;8、术后弥漫性腹膜炎、腹腔脓肿形成、感染性休克、多器官功能衰竭;9、术后吻合口漏、肠漏、胰漏, 吻合口狭窄, 肠粘连, 肠梗阻;10、术后返流性食管炎、胃排空障碍、胃倾倒综合症、胃瘫、腹泻、低血糖综合症;11、术后营养不良、低蛋白血症、顽固性腹水、难治性贫血;12、术后伤口感染、脂肪液化, 延期愈合或不愈合;13、术后心、肝、脑、肾等多脏器功能衰竭;14、术后下肢深静脉血栓形成、肺栓塞;15、术前术后病理结果不一致; 术后肿瘤复发、残胃癌、术后出现远处转移, 可能行二次手术或其它方法治疗;16、术后严重电解质失衡, 危及生命;17、术中、术后化疗致相关合并症;18、术中、术后需用如白蛋白, 吻合器等自费药品及器械;19、术后病情危重, 需入重症监护病房治疗;20、其他意外。			
以上情况的发生, 可增加住院时间、费用, 影响患者预后、生活质量、严重时将威胁患者生			

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(2)页

病案号: 2240367

命, 请家属慎重考虑。

相关替代治疗方案:

暂不手术, 继续保守治疗。

选择相关替代治疗方案的风险:

疾病进展, 肿瘤进一步生长、侵犯、转移等, 危及生命。

医生声明:

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及所需治疗的必要性及其风险

2. 相关替代治疗方案及其风险

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

询问上述情况的相关问题及其他问题

(签字日期)

患者本人/近亲属/代理人声明:

1. 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险/并发症以及这些风险/并发症带来的后果。

2. 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。

3. 医生已解释替代治疗方案及其风险。

4. 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。

5. 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。

6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。我确认本人具备合法资格签署本同意书。

7. 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

(请与横线上抄写: 同意)

(请与横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

(签字日期)

MR-

病人ID: 18308214

北京协和医院

临床标本知情同意书

病案号: 2240367

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 54岁 科室: 2241

尊敬的患者:

感谢您对我院的信任, 并祝您早日恢复健康!

目前, 人类很多疾病的病因和发病机理不明, 缺乏有效的治疗手段。北京协和医院是卫生部疑难重症诊治指导中心, 进一步提高疾病的诊治水平是我们的义务。为了更多患者的健康, 在您的诊疗过程中, 出于诊治疾病需要化验的常规用量的血液、尿液、脑脊液等体液或手术切除组织标本, 在诊断和/或治疗完成之后的剩余部分, 可以用于相关疾病的研究, 以提高今后对该类疾病的诊治水平。这些研究不会使您马上获益, 但是科学研究的进步和医学知识的积累会进一步提高我国的医疗卫生水平。

使用这些标本进行研究不会使您受到伤害, 有关您的所有医疗信息也将是保密的。您有权不签署该知情同意书, 您也有权在任何时候撤回您已经签署的同意书。无论您是否同意, 均不会影响您在院期间的诊疗活动, 也不会影响您和医护人员的关系。

如果您同意, 请签字。非常感谢您对人类疾病研究做出的贡献, 并表示崇高的敬意!

我确认本人具备合法资格签署本同意书。

(患者/近亲属/监护人签名)

(医生签名)

(联系方式)

(联系方式)

(签字日期)

(签字日期)

北京协和医院

姓名: [REDACTED]

第(1)页

病案号: 2240367

授权委托书

委托人姓名: [REDACTED]

性别: 女

身份证号: [REDACTED]

被委托人姓名: [REDACTED]

性别: 女

身份证号: [REDACTED]

与委托人关系: 母女

委托人因 胃癌 病住北京协和医院基本外科, 现授权被委托人代理我全权处理本次医疗中的相关事宜, 接受医生对病情、医疗措施、医疗风险等的交代, 代理咨询相关问题, 代为决定及签字。



委托人签名 [REDACTED]

被委托人签 [REDACTED]