

邵逸夫医院手术知情同意书

- 1 您的主诊医生是: 王先法 您的经管医生是: 钱浩然
- 2 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次手术操作有关的任何疑问, 决定是否同意进行手术或操作。
- 3 由于已知或未知的原因, 任何手术或操作都有可能: 不能达到预期结果; 出现并发症, 损伤甚至死亡。因此, 医生不能对手术/操作的结果作出任何的保证。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外, 在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前, 医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本手术/操作。
- 4 目前诊断: 胃黑色素瘤
拟施行的手术/操作名称: 腹腔镜全胃切除术
- 5 医生会用通俗易懂的语言给您解释:
- 5.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果:
腹腔镜探查, 根治性切除病灶+重建
- 5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:
- a 手术中可能出现的意外和危险性:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 麻醉意外 | <input type="checkbox"/> 难以控制的大出血 |
| <input type="checkbox"/> 药物过敏 | <input type="checkbox"/> 导致死亡或无法挽回的脑死亡 |
| <input type="checkbox"/> 术中心跳呼吸骤停 | |
| <input type="checkbox"/> 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案 | |
| <input type="checkbox"/> 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤, 将导致患者残疾或带来功能障碍 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 其它: 1. 中转开腹 2. 根据术中具体情况决定具体治疗方案, 如术中发现腹腔广泛转移、肿块侵犯主要血管, 行姑息性手术或旁路手术等 | |
- b 手术后可能出现的意外及并发症:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 术后出血, 再手术 | <input type="checkbox"/> 局部或全身感染 |
| <input type="checkbox"/> 切口裂开, 感染, 切口疝 | <input type="checkbox"/> 脏器功能衰竭 (如弥漫性血管内凝血) |
| <input type="checkbox"/> 水电解质平衡紊乱 | <input type="checkbox"/> 术后气道阻塞 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸、心跳骤停 | <input type="checkbox"/> 诱发原有疾病恶化 |
| <input type="checkbox"/> 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符 | <input type="checkbox"/> 再次手术 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 其它: 1. 消化道出血或腹腔出血; 2. 吻合口漏、十二指肠瘘导致脓肿; 3. 吻合口梗阻; 4. 切口感染, 切口疝, 切口裂开; 5. 肿瘤复发转移, 恶液质; 6. 严重肺部感染, 呼吸功能衰竭; 7. 严重心律失常, 心梗, 心衰等; 8. 肾功能衰竭, 需血透; 9. 病情加重, 入住 ICU, 死亡; 10. 肠粘连肠梗阻; 11.; 12. 再次手术; 13. 其他。 | |
- 5.3 针对上述情况将采取的防范措施:
- 基于术中及术后可能出现的各种并发症, 我们将根据现代医疗规范, 采取下列防范措施



Sir Run Run Shaw Hospital
College Of Medicine Zhejiang University
Informed Consent for Surgery
CON 09 01/06

Patient Name 华亚美
Med. Rec# 3280251
Bed Number 1-13-1-1

施来最大限度地保护病人安全，使治疗过程顺利完成。具体措施为：

- 1) 术前：①术前：认真评估病人，选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查，如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。
- 2) 术中：①严密监测生命体征变化，保持生命体征平稳，备齐各种急救设备，随时处理术中出现的各种情况；②仔细操作，动作轻柔、准确。③严密止血。
- 3) 术后：严密监测生命体征及手术部位变化，并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗。
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 6) 其它

5.4 可供选择的其它治疗方法及您的选择：1. 保守治疗 2. 开腹手术 3. 腹腔镜手术 4. 术前化疗

您选择的手术方案：3. 腹腔镜手术

- 6 如需植入内置物，您同意选择的（如骨科内固定、起搏器等）类型及厂家：
- 7 您的主刀医生是：王先法，助手：钱浩然
手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士，必要时邀请病理及放射医生。
- 8 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行，术中如有紧急或事先没有预料的情况发生，医生将及时与家属取得联系，根据出现的情况，医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。
- 9 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品，他/她将会告诉您有关输血或血制品的风险、利弊，这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此，您有权同意或拒绝接受输注血液或血制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。
- 10 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。
- 11 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片（有可能将其发表）作为医疗和教学之用。
- 12 为了确保您对上述内容的准确理解，在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前，医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问，希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示：

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容；
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释；
- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息；
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

2014 年 10 月 16 日 16 时 00 分

签名

☐ 患者本人 ☒ 患方家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

谈话医生

医务科

钱浩然 / 潘平海 地点

H3F