

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 肝胆胰外科中心四病区(6A-14)

床号: 22

住院号: [REDACTED]

- 1 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。
- 2 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。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。

3 您的主诊医生是 严盛 您的经管医生 张启逸等

术前诊断 胆囊癌(神经内分泌癌考虑)

拟施行手术/操作名称: 胆囊癌根治术

需要分次手术: ☐ 是 ☒ 否

4 医生会给您解释:

4.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果:

切除胆囊, 部分肝组织, 清扫相关淋巴结, 根治肿瘤。

4.2 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:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------|
| 1. 麻醉意外 | 2 难以控制的大出血 |
| 3 药物过敏 | 4 导致死亡或无法挽回的脑死亡 |
| 5 术中心跳呼吸骤停 | |
| 6 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案 | |
| 7 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 | |

8. 其他:

1. 术中冰冻明确病理, 行胆囊癌根治术可能;
2. 扩大手术范围, 部分肝切除, 广泛淋巴结清扫, 胆肠内引流可能;
3. 邻近脏器损伤, 血管损伤, 大出血可能;
4. 肿瘤广泛侵犯, 或发现广泛转移, 无法根治切除, 姑息性切除、关手术可能;
5. 肿瘤侵犯重要血管, 需行血管重建等;
6. 部分手术材料需自费可能;
7. 其他难以预料之情况。

b 手术后可能出现的意外及并发症:

- | | |
|------------|---------------------|
| 1 术后出血 | 2 局部或全身感染 |
| 3 切口裂开 | 4 脏器功能衰竭(如弥漫性血管内凝血) |
| 5 水电解质平衡紊乱 | 6 术后气道阻塞 |
| 7 呼吸、心跳骤停 | 8 诱发原有疾病恶化 |

9. 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不一致时, 以术后病理报告为准。

10. 再次手术



手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 肝胆胰外科中心四病区(6A-14)

床号: 22

住院号: [REDACTED]

- ☒ 其他: 1. 腹腔内大出血, 需再次手术可能;
2. 胆漏、腹腔内感染可能;
3. 肝内外胆管结石复发、胆道感染可能;
4. 肝功能损害甚至肝功能衰竭可能, 多脏器功能衰竭可能;
5. 胆道狭窄, 黄疸, 需后续处理可能;
6. 短期内肿瘤复发进展转移, 预后不良;
7. 切口感染、延迟愈合可能;
8. 肠粘连、肠梗阻、肺部感染、深静脉血栓形成可能等等。

4. 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。
- 5) 其它

4. 4 可供选择的其它治疗方法: 保守观察

您选择的治疗方案: 手术

- 5 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: 钛夹等

- 6 您的主刀医生是: 严盛, 助手 张启逸等 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉医生和手术室护士, 必要时邀请病理及放射医生。

- 7 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。

- 8 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。

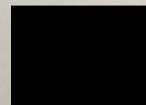
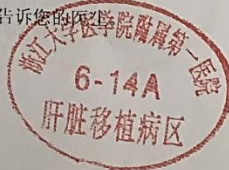
- 9 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置和科学研究。

- 10 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。

- 11 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;



手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 肝胆胰外科中心四病区(6A-14)

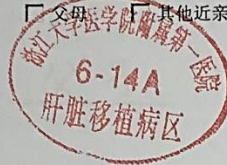
床号: 22

住院号: [REDACTED]

- 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。

谈话医生: [REDACTED] 日期: 2019 年 1 月 16 日 14 时 20 分

签 名: [REDACTED] 日期: 2019 年 1 月 16 日 14 时 20 分
(☐ 患者本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)



患者知情同意书

供患者用于同意在杂志上发表关于该患者的信息。

文章中描述或照片中出现的患者姓名： [REDACTED]

照片或文章的主题： 以皮肤发红为首要特殊表现的功能性胆囊神经内分泌癌

期刊名称： World Journal of Gastroenterology

稿件编号： 51551

论文标题： Flushing as atypical initial presentation of functional gallbladder neuroendocrine carcinoma: case report

通讯作者： 严盛

我 [REDACTED] (患者全名) 特此同意在上述杂志, 及与该杂志相关的出版物(*)上发表与上述主题相关的 ☒ 我 / ☐ 我的孩子或受监护人 / ☐ 我的亲戚 (请圈出正确描述) 的信息 (下称“该信息”)。

我已经仔细阅读了向杂志提交的相关资料。


我完全明白和理解以下内容:

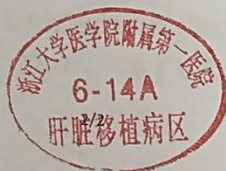
- (1) 该信息将不带我的姓名去发表, 并且 World Journal of Gastroenterology 将尽一切努力确保我匿名。然而, 我理解完全匿名无法绝对保证。某处的某人有可能通过发表的相关信息认出我, 例如曾在医院护理过我的人或某位亲戚。
- (2) 该文章的文字将在风格、语法、前后一致、长度诸方面得到编辑。
- (3) 该信息可能在向全世界发行的杂志上发表, 该杂志的读者群主要为医生, 但也可能有许多非医生读者, 包括记者。
- (4) 该信息也将在杂志的网站上张贴。
- (5) *该信息也可能全部或部分地用于 World Journal of Gastroenterology 出版社系列的产品和出版物, 包括用英文和翻译文稿、经印刷、用电子格式, 以及被许可人现在和未来可以

6-14A
肝脏移植病区

使用的任何其他格式发表。特别是，该信息可能刊载于杂志的地方版本或海外发行的其他杂志和出版物。

- (6) World Journal of Gastroenterology 不会允许将该信息用于广告、包装或断章取义地使用。
- (7) 我能够在发表前随时撤回我的同意，但一旦该信息被交付出版（即“付印”），则不能撤回此同意。

签名：  关系： 父子 日期： 2019 年 12 月 26 日



超声引导下穿刺/介入治疗知情同意书

姓名:

病区: 肝胆胰外科中心四病区(6A-14)

床号: 22

住院号:

1 这是一份超声引导下穿刺/介入治疗的告知书。目的是告诉您有关超声引导下穿刺/介入治疗相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次治疗有关的疑问, 决定是否同意进行治疗。

2 由于已知或未知的原因, 超声引导下穿刺/介入治疗有可能出现以下情况: 不能达到预期结果; 出现并发症、损伤甚至死亡等。因此, 您有权知道超声引导下穿刺/介入治疗的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体影响。在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前, 医生不能对您施行超声引导下穿刺/介入治疗。在超声引导下穿刺/介入治疗实施前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本次治疗。

3 您的主治医生是: _____, 您的经管医生是: _____

目前的诊断: 胆囊炎与胆结石

医生建议您施行的超声引导下穿刺施行的活检的部位/组织: _____

介入治疗为: ☐ 囊肿注射硬化剂 ☐ 肝癌无水酒精治疗 ☐ 其它

拟施行的治疗方案: 胆囊炎与胆结石腹腔镜手术

4 医生会给您解释:

4.1 超声介入操作的性质、目的、预期的效果及大致费用:

活检是一种有创检查, 目的是明确肿块的病理性质及病理诊断, 为进一步制定治疗方案提供依据。

超声引导下介入治疗是一种微创治疗方法, 目的是通过经皮注射治疗剂达到囊肿或肿瘤局部治疗的目的。

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

由于已知或无法预见的原因, 穿刺活检过程及以后可能出现下列情况

☐ 囊肿复发

☒ 局麻药物引起不同程度的过敏反应

☐ 损伤其它脏器

☒ 穿刺部位出血、血肿、感染、疼痛等

☐ 因疾病本身需要多部位活检术

☐ 损伤血管引起大出血、肝脏破裂出血, 甚至出血性休克

☐ 因疾病本身及其它未能预见的原因需再次活检术

☐ 胆漏, 严重时可引起化学性腹膜炎

☐ 假阴性可能

☐ 肺穿刺部位出血导致咯血、血胸

☐ 穿刺失败

☐ 肺部损伤导致气胸、皮下气肿

☐ 器械故障

☐ 其它:

☐ 肿瘤种植可能

4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于超声介入操作过程中可能出现的许多难以预料的因素、并发症或风险, 我们将根据现代医疗规范, 采取及时、有效、科学的防范措施, 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: 完善相关检查, 如凝血时间、肝肾功能等, 并针对性使用药物进行治疗;

2) 术中:

a) 精确定位: 在B超导向下精确定位, 尽量避开周边器官、大血管、神经或胆道。

b) 仔细操作, 动作轻柔、准确。

3) 术后: 根据需要进行密切心电监护, 并针对性使用止血药物等。

4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。

5) 其它

4.4 可供选择的其它治疗方法:

5 担任您本次操作的医生: 刘俊, 助手: 刘俊

6 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进行必要的医学处置。

肝胆胰外科中心四病区(6A-14)

超声引导下穿刺/介入治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 肝胆胰外科中心四病区(6A-14)

床号: 22

住院号: [REDACTED]

7 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。

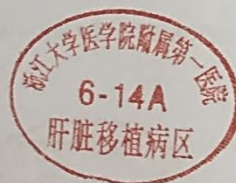
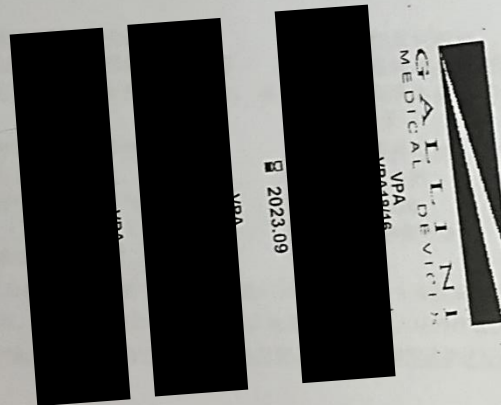
8 为了确保您对上述内容的准确理解, 在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前, 医生将会给您解释上述内容。如果您还有其它疑问, 希望您及时告诉您的医生。

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 您已经得到了有关穿刺/介入治疗的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述穿刺/介入治疗。

谈话医生 金金 日期 2018 年 12 月 28 日 14 时 27 分

签 名 [REDACTED] 日期 2018 年 12 月 28 日 14 时 27 分
(☐ 患者本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)



患者授权委托书

姓名: [REDACTED]

病区: 肝胆胰外科中心四病区(6A-14)

床号: 22

住院号: [REDACTED]

本人在院诊疗期间,有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书,郑重委托 [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], 作为我的代理人, 代为行使在院期间的知情同意权利, 并履行相应的签字手续, 全权代表本人签字, 被委托人的签字视同本人的签字。

一经授权人签字, 本授权书即生效; 被授权人之行为视同本人知悉与同意, 经委托人签名同意后所实施的诊疗行为, 若产生不良后果将由本人承担。

授权人签名: [REDACTED] 身份证号码: [REDACTED] 电话: [REDACTED]

被授权人签名: [REDACTED] 身份证号码: [REDACTED] 与患者关系: 儿子 电话: [REDACTED]

被授权人签名: _____ 身份证号码: _____ 与患者关系: _____ 电话: _____

被授权人签名: _____ 身份证号码: _____ 与患者关系: _____ 电话: _____

被授权人签名: _____ 身份证号码: _____ 与患者关系: _____ 电话: _____

日期/时间: 2018 年 12 月 11 日 11 时

备注: 1. 被授权人仅限于相关法规所规定的近亲属、代理人和关系人。

2. 如果病人不识字或因故不能书写, 可以在授权人签名处按手指印, 由被授权人在手印旁边写明按手印的手指名称, 并注明左右侧。

