

## 四川大学华西第二医院 病情知情同意书

姓名： 科室： 锦江生殖内分泌科 登记号： 病案号：

日期：2019-03-29 11:16:17

医生已告知我患有脐周子宫内膜异位结节、子宫内膜息肉、双侧卵巢巧克力样囊肿。患者因“右卵巢巧克力囊肿剥除术后6年，发现脐周包块伴月经期疼痛4年”入院，华西医院皮肤病理检查示：“脐部”：子宫内膜异位症。免疫组化标记：真皮内浸润的腺体：ER、PR、P63均阳性，腺体周围间质PR、CD10阳性，Ki67腺体及间质均约10%阳性。我院阴道彩超示：子宫内膜回声不均匀，宫腔内可见直径0.8cm稍强回声，似有边界，未探及明显血流信号。左卵巢上可见大小2.9x1.9x2.5cm囊性占位，内充满细弱点状回声，囊壁探及血流信号，其旁另可见大小2.6x1.6x2.1cm囊性占位，囊液较清，囊壁探及血流信号。右卵巢上可见大小2.4x1.5x1.9cm分隔状囊性占位，内充满细弱点状回声，囊壁及隔上探及血流信号。盆腔查见游离液性暗区，最深约3.5cm，内可见细弱点状回声。超声诊断：子宫内膜回声不均匀伴稍强回声（内膜息肉不能排除）；右卵巢上囊性占位（卵巢巧克力囊肿待排）；左卵巢上囊性占位（卵巢巧克力囊肿合并生理性囊肿待排）；盆腔积液。CA19-9：43.2U/ml。目前考虑诊断：脐周子宫内膜异位结节、子宫内膜息肉、双侧卵巢巧克力样囊肿。脐周子宫内膜异位结节目前可选择手术切除病灶，也可选择继续观察或药物保守治疗。若继续观察或药物保守治疗可避免手术风险，可能效果不佳，病灶有继续长大、破裂、恶变等风险，甚至延误诊治。告知患者药物保守治疗双侧卵巢巧克力样囊肿有可能效果不佳、病灶继续长大、甚至恶变等风险，药物治疗同时需定期复查。手术治疗可明确病变性质，但需承担麻醉、手术等风险。患者及家属充分知情后表示理解病情及风险，选择行经腹腔镜下子宫内膜异位病灶切除术，暂不处理双侧卵巢巧克力样囊肿，选择后期药物保守治疗。子宫内膜息肉目前可选择手术治疗，也可选择观察随访。若继续观察可避免手术风险，但可能无效，病灶有继续长大、恶变等风险。手术治疗可明确病变性质，但需承担麻醉、手术等风险，且术后有可能再次复发，必要时再次手术。患者及家属充分知情后表示理解病情及风险，选择行宫腔镜探查术。手术风险详见手术同意书，并向患者及家属强调以下几点：1、子宫内膜异位病灶可能无法完全清除，若病灶较大，术后可能辅以药物治疗，且术后可能复发；2、腹壁包块切除后可能形成腹膜缺损，影响美观；3、病灶可能穿透腹膜，手术可能需要进入腹腔操作，可能损伤肠管、膀胱等器官，必要时可能扩大手术范围。4、宫腔镜手术可能发生电损伤、水中毒等，若手术困难，必要时中转开腹。5、手术后可能出现宫腔粘连、月经量减少，甚至闭经。6、若发现宫腔粘连，则行分粘术，必要时需安环、安球囊，必要时术后需辅助药物治疗。但术中可能无法完全分离粘连，术后可能仍需再次及多次手术；必要时术后可能需激素治疗，血栓、栓塞风险增加。7、术中根据具体情况，必要时安环术或安球

## 四川大学华西第二医院 病情知情同意书

姓名: 科室: 锦江生殖内分泌科 登记号: 病案号:

囊术, 安环后可能出现, 环脱落, 再次粘连; 节育环异位, 不正常阴道出血、腰痛腹坠、带环受孕等。8、若宫颈口狭窄, 可能器械无法进入宫腔。9、术后有发生宫腔感染、盆腔感染的可能。10、术后复发风险。11、宫腔占位性质不明, 需术中送病理检查, 最终依据术后病理结果, 必要时再次手术或药物治疗。12、术中、术后不可预知风险。患者及家属表示理解, 选择行经腹腔镜子宫内异位病灶切除术, 必要时扩大手术范围+宫腔镜检查术, 必要时内膜息肉切除术、粘连松解术、部分病损内膜切除术、诊刮术、安环术、安球囊等, 暂不处理双侧卵巢巧克力样囊肿, 选择后期药物保守治疗。愿意承担相关风险并签署手术同意书。

### 患者知情选择

1) 我的医生已经告知我针对此病各种可能的治疗方法、利弊、风险, 以及此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 并且解答了我关于此次手术的相关问题。我自愿选择  
经腹腔镜子宫内异位病灶切除术, 必要时扩大手术范围+宫腔镜检查术, 必要时内膜息肉切除术、粘连松解术、部分病损内膜切除术、诊刮术、安环术、安球囊等, 暂不处理双侧卵巢巧克力样囊肿, 选择后期药物保守治疗。

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做出调整。

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之百成功的许诺。

5) 我授权医师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。

6) 我们对该病治疗的并发症及风险表示完全理解, 并承担相应的风险和后果, 在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案, 并保证承担全部所需费用。

### 医生陈述

我已告知患者针对此病各种可能的治疗方法、利弊、风险, 以及此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

我已知晓上述全部内容。

患者(监护人)签名: 签名日期 2019 年 3 月 29 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

# 四川大学华西第二医院 病情知情同意书

姓名: [REDACTED] 科室: 锦江生殖内分泌科 登记号: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]

患者授权亲属签名: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED] 签名日期: 2019 年 3 月 29 日

医务人员签名: 胡新杨 签名日期: 2019 年 3 月 29 日

用户:00270(谭世桥)

当前用户:00270(谭世桥) 当前时间:20191106 CREATING

当前用户:00270(谭世桥) 当前时间:20191106 CRE