

复大肿瘤医院

腹部肿瘤冷冻消融治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]		
性别: 女	年龄: 16岁	住院号: [REDACTED]

病情介绍和治疗建议
 医师已告知我患有[REDACTED]需要进行腹部肿瘤冷冻消融治疗。
 主刀医生: [REDACTED] 拟行手术日期: 2016 年 08 月 21 日
 手术小组成员: 主刀医生、助手、麻醉师和手术室护士, 必要时邀请病理及影像医生。
 手术目的和获益: ☐ 疾病获得控制 ☒ 疾病获得部分控制
☐ 其他 _____

手术成功可能性: ☒ 90%以上 ☐ 70-90% ☐ 50-70% ☐ 50%以下 ☐ 无法手术
 拒绝治疗的后果: ☐ 疾病加重 ☒ 器官功能衰竭、丧失 ☐ 永久性伤残
☐ 死亡 ☐ 其他: _____

潜在风险、并发症和对策:
 医师告知我该手术可能发生的风险如下, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术式根据不同病人的情况有所不同, 医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策:
 - 1) 麻醉意外;
 - 2) 穿刺部位出血或血肿形成, 腹腔内大出血, 腹膜炎;
 - 3) 术中出现心脑血管意外, 如出现迷走神经反射, 导致低血压、心跳减慢甚至心跳骤停等;
 - 4) 术后出现疼痛, 可能发生皮肤冻伤, 严重者可能需要植皮;
 - 5) 穿刺和手术失败、肿瘤不能完全坏死、过度消融、误消融正常组织、肿瘤复发转移, 针道种植转移, 病灶出血导致肿瘤广泛播散等;
 - 6) 病灶毗邻脏器的灼伤, 甚至穿孔, 如: 穿破胆管, 胃, 肠等, 发生胆管、胃、肠等穿孔, 或胆管炎, 严重可导致胆瘘或肠瘘或直肠阴道瘘; 胆囊穿孔导致胆汁性腹膜炎; 胆管损伤导致梗阻性黄疸; 胃、肠道损伤甚至穿孔导致腹膜炎; 误穿大血管导致大出血休克等等, 出现以上情况可能需要手术治疗, 甚至有生命危险;
 - 7) 术后出现发热、疼痛、恶心、呕吐等反应;
 - 8) 术后出现感染、局部脓肿形成、菌血症甚或脓毒败血症发生;
 - 9) 术后出现肝肾功能衰竭, 黄疸、腹水, 低蛋白血症, 血红蛋白尿, 无尿等;
 - 10) 其它可能发生的无法预料或者不能防范的并发症。
3. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素:
 我理解根据我个人的病情, 我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, 医师会采取积极应对措施: _____

复大肿瘤医院

腹部肿瘤冷冻消融治疗知情同意书

除建议的手术方式外，其他可供选择的治疗方案：

☐放疗 ☐化疗 ☐微波消融 ☐粒子植入 ☒介入治疗 ☐光动力 ☒免疫治疗
☒最佳支持治疗 ☐其他

针对上述各种可能并发症的治疗对策：

基于术中及术后可能出现的各种并发症，我们将采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全，必要时请相关科室会诊协助治疗，使治疗过程顺利完成：

1) 术前：认真评估病人，选择合适的手术方案；完善各项必须的术前检查；根据基础疾病进行治疗。

2) 术中：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；仔细操作，动作轻柔、准确；严密止血；严格遵守无菌操作规范

3) 术后：严密监测生命体征、观察手术伤口，酌情予抗感染、止血等对症治疗。

4) 其它：

特殊耗材费用情况

您在接受的手术中将使用需另计费的一次性医用耗材，我们将严格按照物价局价格政策和医保政策的规定，按您实际使用的材料数量进行计费。

患者/授权委托人声明和意见：

●通过医生的告知和解释，我已经了解此次手术的方式、合理的预期目的、必要性、益处、可能发生的并发症和风险、可供选择的其它治疗方案等，并且解答了关于此次手术的其他相关问题；

●通过医生的告知和解释，我已经了解我有权征求院内或院外第三方专家的意见或建议

●通过医生的告知和解释，我已经了解其他治疗方案的利弊，自愿承担本次手术可能的风险，若在手术时发生意外或紧急情况，我同意接受贵院的紧急抢救处置；若根据术中情况需扩大手术范围或改变手术方式，我的授权委托人将代我行使知情同意权利并履行签字手续；

●通过医生的告知和解释，我已经了解手术成功率，并未获手术百分之百达到预期目的之承诺；

●理解我的手术需要多位医生共同进行；

●我同意医生拍摄不注明我身份的医学图片作为医疗、教学和撰写论文之用；

●我授权医师对操作留取的病变组织标本进行处置，包括病理学检查、医疗废物处理等

患者签名：

签名日期： 年 月 日 时 分

授权委托人签名：

与患者关系：

签名日期：2014年8月20日16时0分

医师陈述

我已经告知患者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及获益、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名：

签名日期：2014年08月20日17时0分