



手术知情同意书

患者姓名 性别 男 年龄 46岁 民族 汉族 身份证号码 科室 微创、疝和腹壁外科一病区 床号 05 住院日期 2017-11-30 10:56:45 病案号

病情摘要 患者 男，46岁，汉族，已婚，自由职业者，以“反酸、烧心伴乏力5年”为主诉于2017-11-30 10:56:45入院。患者自述5年前始无明显诱因反复出现反酸、嗝气，胸骨后烧灼感，进食后易诱发，伴头晕、乏力，偶尔伴恶心、呕吐，无腹痛、腹胀。曾在呼图壁县医院诊断为“1. 食道裂孔疝；2. 缺铁性贫血”，给予奥美拉唑，1片/次，早饭、晚饭前各服一次；吗叮林片（具体用法不详），予以输血及纠正贫血治疗，出院后长期口服药物治疗（具体用法不详）效果明显，但停止服药后症状又复出现。近4个月来上述症状较前明显加重，服药效果不明显，今为进一步诊治来我院，门诊经检查以“1. 食道裂孔疝；2. 缺铁性贫血”收住我科。病程中精神可，饮食及睡眠可，大小便正常。否认发热、无黄疸、腹泻、黑便、血尿等症。食纳一般，体重无明显变化。乙型肝炎病史30年入院查体：体温，36.6℃，脉搏，79次/分，呼吸，19次/分，血压：137/97mmHg，发育正力型，营养良好，正常面容，安静表情，自主体位，神志清醒，检查合作。皮肤巩膜未黄染，浅表淋巴结未触及，双肺心脏未见明显异常，腹部平坦，未见肠型及蠕动波，未见腹壁浅静脉曲张，左侧腹股沟区可见陈旧性手术疤痕。全腹柔软，无压痛，无反跳痛及肌紧张，未扪及包块，Murphy征阴性，无异常蠕动，肝脾肋下未触及。肝区无叩击痛，肝肺浊音界位于右锁骨中线第5肋间，脾区及双肾区无叩击痛。移动性浊音阴性。肠鸣音正常，3~5次/分钟，盲区无震水声，肝脾区无摩擦音，未闻及血管杂音。生理反射存在，病理反射未引出。暂缺。

过敏史 否认术前诊断 1. 巨大食管裂孔疝 2. 胃-食管反流病 3. 缺铁性贫血
4. 慢性乙型病毒性肝炎 5. 慢性胆囊炎 6. 脂肪肝 7. 慢性浅表性胃炎

李义亮，多力坤

拟定手术方式 腹腔镜下食管裂孔疝修补术+胃底折叠术 拟定麻醉方式 全麻拟定手术日期 2017-12-07，临时更改为

根据您的病情，您需要进行上述手术治疗（以下称手术）。该手术是一种有效的治疗手段，一般来说，手术和麻醉过程是安全的，但由于该手术具有创伤性和风险性，因此医师不能向您保证手术的效果。另经我科讨论及相关科室会诊，有如下替代医疗方案供您选择：

保守治疗

因个体差异及某些及某些不可预料的因素，术中和术后可能会发生意外和并发症。严重者甚至会导致死亡。现告知如下，包括但不限于：

- ☒ 1. 麻醉并发症（另附麻醉知情同意书）；
- ☒ 2. 术中、术后大出血，严重者可致休克，危及生命安全；
- ☒ 3. 术中因解剖位置及关系变异变更术式；
- ☒ 4. 术中可能会损伤神经、血管及邻近器官 迷走神经、胃左动脉，食管、脾脏等；
- ☒ 5. 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合，瘘管及窦道形成；
- ☒ 6. 术中、术后皮肤问题：压疮等危险；





新疆维吾尔自治区人民医院

手术知情同意书

患者姓名 性别 男 年龄 46岁 民族 汉族 身份证号码

- ☒ 7. 术中、术后需保护性约束；
- ☒ 8. 脂肪、羊水栓塞：严重者可导致昏迷及呼吸衰竭，危及生命；
- ☒ 9. 呼吸系统并发症：肺不张、肺栓塞、胸腔积液、气胸等；
- ☒ 10. 循环系统并发症：心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停；
- ☒ 11. 尿路感染及肾衰；
- ☒ 12. 脑并发症：脑血管意外、癫痫；
- ☒ 13. 精神并发症：手术后精神病及其他精神问题；
- ☒ 14. 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞；
- ☒ 15. 多脏器功能衰竭，弥漫性血管内凝血（DIC）；
- ☒ 16. 水电解质平衡紊乱；
- ☒ 17. 诱发原有疾病恶化；
- ☒ 18. 术后病理报告于术中快速病理检查结果不符；
- ☒ 19. 再次手术；
- ☒ 20. 专科特殊手术可能引起的并发症；

1. 中转开腹开胸。2. 术中损伤食管贲门致胃食管瘘，损伤迷走神经致被支配器官功能障碍。3. 心脏穿孔致大出血、休克、心衰死亡。4. 术中损伤脾蒂，引起脾撕裂伤、胰瘘及脾出血。5. 癌复发。6. 胃折叠滑脱。7. 术后梗噎感、吞咽困难。8. 肺部感染，胸水、肺不张。9. 腹腔感染，腹膜炎，腹腔脓肿。10. 皮下气肿、气胸、纵隔气肿、高碳酸血症。11. 应急性溃疡出血。12. 术后送入外科重症监护室进行麻醉苏醒期生命监护，其护理治疗费用高。13. 手术效果欠佳，需要采取其他干预措施。15. 术中，围手术期发生心脑血管意外，脑栓塞、肺栓塞、心脏骤停，心梗，心律失常等。16. 术后下肢静脉血栓形成。15. 其他可能发生的意外情况。

本手术提请患者及亲属注意的其他事项：

积极配合治疗

同意手术

我已详细阅读以上内容，对医师护士的告知表示完全理解。经慎重考虑，我决定 同意 做此手术， 同意 做术后快速冰冻切片。

我明白在本次手术中，在不可预见的情况下，可能需要其他附加操作或变更手术方案，我授权医师在于遇有紧急情况时，为我保障我的生命安全实施必要的救治措施，并保证承担全部所需费用。

我知道在本次手术开始之前，我可以随时签署《拒绝医疗同意书》，以取消本手术同意书的决定。

患者/法定监护人/委托代理人/签名：（需附有效证件复印件、授权文件）

签名：

日期：

2017-12-06





新疆维吾尔自治区人民医院

手术知情同意书

患者姓名 性别 男 年龄 46岁 民族 汉族 身份证号码

主治医师或获得授权的医务人员签名:

签名: 多力坤
日期: 2017-12-06 12:40:12
手签: 多力坤

科主任(上级医师)签名:

签名: 李义亮
日期: 2017-12-06 12:40:12
手签: 李义亮

见证人:

本人见证了患者自愿签署本《手术知情同意书》。

见证人签名、联系方式和有效证件号码

日期:

