

# 江门市中心医院

## 手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 34岁 科室 泌尿外科一区 床号 20050 住院号 [REDACTED]

病情摘要：进行性排尿困难伴血尿2月余。

过敏史：未发现

术前诊断：前列腺肉瘤并出血

手术目的：1、解除梗阻恢复自主排尿，2、防止继发性尿路感染，3、防止上尿路积水肾功能受损。

手术指征：1、前列腺增生症导致膀胱出口梗阻，患者出现排尿困难，2、评价手术耐受力良好。

拟定手术医师：孙明、黄俊、蔡善淦

拟定手术方式：经尿道等离子前列腺电切术+电切止血

拟行麻醉方式：硬膜外麻醉或者全麻

拟定手术日期：2018年12月19日，临时变为：

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。

因个体差异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，如损伤前列腺周围血管、直肠，严重者可致休克，危及生命安全；
3. 心脑血管并发症：心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停，脑血管意外等；
4. 呼吸系统并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等严重者可导致急性呼吸窘迫综合征及呼吸衰竭，危及生命安全；
5. 肝肾功能障碍，急性肝衰竭，急性肾衰导致少尿、无尿；
6. 应激性溃疡导致消化道出血，凝血机制障碍导致弥漫性血管内凝血(DIC)；
7. 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞；
8. 全身性感染等；
9. 水中毒、电解质、酸碱平衡紊乱。

本手术提请患者及亲属注意的事项：

- 1、如果经尿道置镜失败，改行其它治疗方案如开放性手术；
- 2、如果尿道膀胱镜检查合并膀胱、尿道病变同时处理；
- 3、术中的损伤周围脏器如尿道穿孔、直肠损伤、输尿管开口、输尿管间嵴损伤等；
- 4、损伤尿道括约肌导致暂时性或永久性尿失禁；
- 5、损伤前列腺包膜、膀胱引起尿外渗时需开放性手术治疗；
- 6、引起继发性尿道狭窄：如损伤性、感染性等引起术后排尿困难；

# 江门市中心医院

## 手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 34岁 科室 泌尿外科一区 床号 20050 住院号 [REDACTED]

- 7、术后尿路感染及肾衰，重则危及生命；
- 8、术中、术后继发出血严重者需再次手术治疗；
- 9、术后膀胱痉挛性收缩引起疼痛及出血；
- 10、前列腺病变以病理结果为准，如为恶性尚需进一步治疗；
- 11、前列腺残留腺体增生或者恶变再发排尿困难；
- 12、勃起障碍和逆行射精。
- 13、留置导尿管引起逆行感染导致附睾炎。
- 14、其他难以预料的意外或并发症。
- 15、肿瘤复发转移。

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 同意 做此手术，同意 (同意) 做术中快速冰冻切片。并 同意 (同意) 医师按照快速冰冻切片检查结果进行手术。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，我授权医师在遇有紧急情况时，为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。

患者签名：

法定监护人签名：

(需附有效证件复印件)

委托代理人签名：

(需附有效证件复印件、授权文件)

日期：2018年12月18日 15时58分

谈话医师签名：

日期：2018年12月18日 15时58分

江门市中心医院  
输血治疗同意书

姓名 [ ] 性别 男 年龄 34岁 科室 泌尿外科一区 床号 20050 住院号 [ ]

输血目的: 纠正贫血 输血史: 有/无 孕 产

输血成分: 悬浮红细胞 临床诊断: 重度贫血; 血尿

您因病情需要, 需输血治疗, 输血治疗包括输全血、成分血, 是临床治疗的重要措施之一, 是临床抢救急危重患者生命行之有效的有效的手段。

输血前您需做以下检查:

- |             |     |                |             |
|-------------|-----|----------------|-------------|
| 1. ALT      | U/L | 2. HBsAg       | 3. Anti-HBs |
| 4. HBeAg    |     | 5. Anti-HBe    | 6. Anti-HBc |
| 7. Anti-HCV |     | 8. Anti-HIV1/2 | 9. 梅毒抗体     |

输血存在一定风险, 可能发生输血反应及感染经血传播的疾病。虽然我院使用的血液, 均已按卫生部有关规定进行检测, 但由于当前科技水平的限制, 输血仍有某些不能预测或不能防止的输血反应和输血传染病。输血时可能发生的主要情况如下:

一、出现输血不良反应(如过敏反应、发热反应等)的可能性, 输血不良反应可加重病情, 严重者危及生命;

二、存在获得经血液传播性疾病的可能性, 如感染肝炎(乙肝、丙肝等)、感染艾滋病、梅毒、疟疾, 巨细胞病毒或EB病毒感染等;

三、输血引起的其他不能预测的疾病。

我已经详细阅读以上内容, 对医师、护士的告知表示完全理解, 同意输血治疗, 愿意接受上述后果。我选择的是 (1、自身输血; 2、家庭互助储血; 3、无偿献血者供血)。

受血者签名: [ ]

日期 2018 年 12 月 17 日 21 时 50 分

和/或委托代理人/法定监护人签名: [ ]

日期 2018 年 12 月 17 日 21 时 50 分

(需附有效证件复印件、授权文件)

谈话医师签名: [ ]

日期 2018 年 12 月 17 日 21 时 50 分

备注:

江门中心医院

医患双方不收和不送“红包”协议

姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 34岁 科室 泌尿外科一区 床号 20050 住院号 [REDACTED]

|   |   |
|---|---|
| <p>尊敬的患者及家属：</p>  | <p>江门市中心医院：</p>   |
| <p>衷心感谢你们的信任，选择江门市中心医院就医。在接下来的时间内，我们将共同面对疾病的挑战。在此，我们郑重承诺：</p> | <p>我们收到了贵单位的承诺书，认真阅读并理解了相关内容。在此，我们也郑重承诺：</p>                  |
| <p>一、秉持平等、仁爱、诚信职业精神，以患者为中心，尽心尽责为患者治疗疾病。</p>                   | <p>一、积极配合诊疗活动，如实提供病史等信息，尊重科学，对疾病诊断中客观存在的危险作出慎重理智的决定。</p>      |
| <p>二、充分履行告知义务，尊重患者的知情同意权、隐私权等各项权利。</p>                        | <p>二、尊重医务人员，爱护公共设施，服从管理和安排。患者本人或患方代表要有效沟通好本方人员，共同履行好本承诺书。</p> |
| <p>三、廉洁行医，不接受患者及其家属的“红包”、贵重礼品。</p>                            | <p>三、不向医务人员送“红包”、贵重礼品，共创廉洁和谐的医疗环境。</p>                        |
| <p>衷心祝您早日康复！</p>  |   |
| <p>主管医师：[REDACTED]</p>  | <p>患者或患方代表 [REDACTED]</p>                                     |
| <p>2018年 12月 18日</p>  | <p>2018年 12月 18日</p>  |

江门市中心医院纪检电话：0750- 3377810

江门市卫生计生局行政投诉电话：0750-3875833