

陆军特色医学中心（大坪医院）

手术知情同意书

姓名：XXX 性别：X 年龄：XX岁 科室：胃结直肠肛门外科 床号：XX 住院号：XXXXXXX

单位：XXXXXXXXXX

临床诊断：XXXXXXXXXX

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有 XXXXXXXXXX。需要在全身麻醉下进行腹腔镜全结肠切除、回肠-直肠吻合术；或腹腔镜次全结肠切除、盲肠-直肠吻合术。

手术潜在风险：

医生告知我结直肠手术可能发生的一些风险，有些不常见风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据不同病人情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关手术的具体内容，如果我有特殊问题可以向我的医生讨论。

1. 我理解任何手术、麻醉都存在风险。
2. 我理解任何药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克、甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险。
 - (1) 麻醉以外、心血管意外。
 - (2) 术中大出血、导致失血性休克、严重者死亡。
 - (3) 具体手术方式根据术中探查情况决定，若因腹腔广泛粘连、无法分离或其他情况，无法进行腹腔镜手术，可能中转开腹手术；若术中发现可能合并其他疾病，术中再进一步交代病情后做相应处置。
 - (4) 若术中发现肠腔内大便残留较多，肠吻合后可能行回肠保护性造口术；
 - (5) 术中损伤小肠、结肠、膀胱、肝脏、脾脏、肾脏、输尿管、大血管等风险；
 - (6) 脾脏损伤，需行脾切除术；
 - (7) 输尿管损伤，膀胱损伤，尿道损伤，可能行输尿管支架植入术或膀胱、肾造瘘术；
 - (8) 术后排尿、性功能可能出现障碍。
 - (9) 术后腹腔内出血、消化道大出血、吻合口出血，需二次手术；
 - (10) 术后吻合口漏，再次手术行回肠造口，或导致腹膜炎，严重可危及生命；
 - (11) 术后腹胀、恶心、呕吐；
 - (12) 术后尿潴留，安置尿管时间较长，甚至需行膀胱造瘘术；
 - (13) 术后出现麻痹性肠梗阻、粘连性肠梗阻，需行禁食水等保守治疗，若保守治疗无效则需再次手术治疗；
 - (14) 术后胃肠道出血，应激性溃疡，严重者死亡；
 - (15) 伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合，瘘管及窦道形成，切口疝；
 - (16) 肠造口并发症，造瘘口黏膜炎、周围皮炎，造口狭窄、肠脱出、疝形成，或肠管坏死、回缩；
 - (17) 术后排便习惯改变，大便次数明显增多，便秘复发、大便失禁等，术后肛门坠胀不适等；

陆军特色医学中心（大坪医院）

(18) 术后可能出现肺部感染、泌尿系感染、褥疮。

(19) 术后深静脉血栓形成，肺栓塞、脑栓塞等，术后心梗、心律失常、猝死等可能。

(20) 二氧化碳气腹并发症：气体栓塞、皮下气肿等

(21) 其他目前无法预计的风险和并发症。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、血栓性疾病等疾病或吸烟史，以上风险可能会加大，或在术中、术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。
5. 我理解术后如果不遵医嘱，可能影响治疗效果。

特殊风险或高危因素：

我理解根据我的个人病情，可能出现以上特殊风险或并发症：一旦发生上诉风险或意外，医生会积极采取相应措施。

患者知情选项：

- ☐ 我的医生已告知我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，可能存在的其他治疗方式并解答了我关于此次手术的相关问题。
- ☐ 我同意在手术中医生可以根据我的病情调整预定手术方式。
- ☐ 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- ☐ 我并未得到手术百分百成功的许诺。
- ☐ 医师已详细告知我提单治疗方案，如泻剂、灌肠等保守治疗。我放弃替代治疗方案。
- ☐ 我授权医师对手术切除的病变组织、器官进行处置。包括病理学检查、细胞学检查、医疗废物处理等。

患者签名：

签名日期：

如果患者无法签署知情同意书，请患者授权的亲属签字：

患者授权委托人签名：

签名日期：

医生陈诉：

我已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，可能存在的其他治疗方法，并解答了患者关于此次手术的相关问题。

手术医师签名：

签名日期：