

江苏省人民医院
南京医科大学第一附属医院
手术知情同意书

情、存在的症状及有关检查，术前诊断为：1. 右肾囊肿 2. 肿瘤标志物偏高原因待查 (1) 消化道肿瘤？ (2) 胰腺癌？ 3. 胃息肉 4. 慢性胃炎 5. 胆囊结石胆囊炎 6. 肝囊肿 7. 宫腔积液 8. 高血压病
针对病情，经治医生详细告知患者目前技术条件下可行的治疗方案包括：☒ 剖腹探查术 手术治疗 ☐ 介入治疗 ☐ 放射治疗 ☐ 药物治疗 ☐ 治疗等方法，并详细向患者介绍了各种治疗方法的利弊。

患者经谨慎选择后，要求行 剖腹探查术 治疗方式。

手术潜在风险告知：

医生告知手术治疗是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体的特异、病情的差异性及年龄等因素，绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。由于已知和无法预见的原因，本手术有可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下，手术仍有可能发生医疗风险：

1. 任何手术麻醉都存在风险。
2. 任何所用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. 此手术可能发生的风险：

- (1). 心脑血管意外（心梗、脑梗、脑出血等），生命危险；
- (2). 麻醉过程中，可能发生呼吸、心跳骤停等意外风险。
- (3). 手术过程中，因病变浸润、炎症、解剖异常等因素，可能发生术中难以控制的出血，并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能，手术中发现病变不能切除，则行姑息手术或仅作探查。
- (4). 术后可能发生切口感染、化脓，肺部感染、泌尿道感染等，严重者可导致败血症，瘘或窦道形成，切口不愈合，组织或器官粘连，术后再出血、再次手术的可能以及心、肝、肺、胃、脑等器官或系统的并发症或疾病身体本身发展所致的不良转归。

(5). 其它难以或无法预计的情况。

☒ (6)、具体手术术式根据探查情况而定，拟行剖腹探查小肠肿物切除术，行腹腔镜辅助手术可能，如行术中若见肿瘤侵犯邻近脏器。若见肿瘤广泛种植、转移，无法行根治性手术，可能仅行姑息手术或仅作探查可能

☒ (7)、术中术后出血，甚至大出血可能；术中损伤邻近组织和脏器（如血管、神经、肠道、肝脏、脾脏、肾脏、胆管等）；迟发性损伤二次手术可能

☒ (8)、术后吻合口瘘、出血、狭窄、梗阻可能。术后出现应激性溃疡、肠粘连、肠梗阻、胃肠功能紊乱、胃瘫等可能；术后感染（如腹腔、呼吸道、泌尿系、切口等）可能；切口愈合不良、脂肪液化、切口裂开可能

☒ (9)、术后需留置胃肠减压，等待肠道功能恢复；术后给予肠外肠内营养，营养代谢性并发症可能如水电解质、酸碱、糖代谢紊乱等；术后吻合口漏、出血、狭窄或溃疡等可能，胰腺上缘淋巴结清扫致术后胰痿可能，十二指肠残端痿可能；倾倒综合症，低血糖反应

江苏省人民医院
南京医科大学第一附属医院

手术知情同意书

(10)、术后脏器功能不全、衰竭、出血、感染、肺脑血管等意外；术后深静脉血栓形成，脑梗塞、肺栓、腹内脏器或肢体坏死

☒ (11)、根据术后病理判断良恶性，若为恶性肿瘤，有短期复发与转移可能，需要进一步治疗

☒ (12)、一次性耗材的使用，及其他不可预料的意外情况，术后ICU监护治疗可能。

4. 如果患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、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。

5. 术后如果体位不当或不遵医嘱的不良后果。

6. 本手术过程中根据病情需要可能进行冰冻快速病理检查。该检查是在手术中进行病理诊断的一种方法，一般在半小时左右出具诊断意见，为临床手术治疗提供参考。由于时间较短、取材有限等诸多因素的影响，存在一定比例的假阳性和假阴性，最终病理诊断需待常规石蜡切片。

7. 根据患者的病情，患者可能出现未包括在上述医生告知的并发症以外的风险。一旦发生上述风险和意外情况，医务人员会采取积极应对措施。

患者同意手术的确认：

☒ 我的医生已经告知我准备进行的手术方式、术中及术后可能发生的并发症和其它风险。我知晓可供选择的治疗方式及其利弊，我选择 剖腹探查术 治疗方式。

☒ 我授权医生在手术中可以根据我的病情对预定的手术方式（包括手术范围）做出调整。

☒ 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

☒ 我授权医生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。

☒ 医生已口头向我告知本手术知情同意书的具体内容，我理解本知情同意书的内容和含义，我知晓本手术知情同意书签订后，在手术正式施行前，我有权决定放弃该手术。

医患双方共识：

1、本同意书经医患双方慎重考虑后签署，其内容为双方真实意思表示，并确认医方已履行了告知义务，患方已享有知情、选择及决定权的权利，并受法律保护。

2、医患双方相互理解、相互配合，努力实现治疗疾病的共同目标。

3、本同意书一式二份，医患双方各执一份。

患者或近亲属或法

定代理人签字：

医院经治医生签字：汪晓建/

术者签字

日期：

医生签字日期：2019年04月19日

签字日期：2019年04月19日

江苏省人民医院
南京医科大学第一附属医院
授权委托书

身份证号码:

委

1. 委托人已明白知道对按照规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗、医疗美容等），应当由患者本人签署同意书。

2. 委托人现根据自身情况，自愿决定在 江苏省人民 医院住院期间授权委托 作为委托代理人，委托权限如下：

- (1) 听 人的病情、医疗措施和医疗风险等情况的告知与说明；
- (2) 选择和决定签署有关医疗活动的同意书。