

首都医科大学附属北京天坛医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

第 1 页

门诊号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 65 岁

科室: 胸外科病区

病情简介:

发现肺占位性病变 1 月 1 月前患者因外院检查胸部 CT 发现右肺下叶占位性病变, 性质不明。未诉胸闷、气促、喘憋、胸痛、发热, 无痰中带血。后于我院门诊复查, 胸部 CT 报告: 右肺下叶结节, 新生物待除外。现为行进一步诊疗收入我科。患者自发病来, 患者精神尚可, 无发热, 饮食可, 睡眠可。小便如常, 大便如上诉, 体重无明显变化。

过敏史:

术前诊断: 1. 右肺下叶占位性病变 2. 髂血管支架植入术后状态 3. 左侧锁骨下动脉支架植入术后状态 4. 双侧颈动脉支架植入术后状态 5. 胃大部切除术后 6. 单眼视力低下 7. 丙型肝炎病毒携带者 8. 高血压 3 级 9. 2 型糖尿病

替代治疗方案: 保守治疗

拟行手术适应症: 右肺下叶占位明确

拟行手术名称: 胸腔镜肺切除或开胸肺切除手术

手术目的: 肺切除是治疗肺部疾病最常用的手术方法之一。对于一些肺良性疾病, 如肺良性肿瘤, 支气管扩张症, 肺动、静脉瘘, 肺隔离症等, 需行手术治疗, 根据病变情况决定行肺楔形切除、肺段切除、肺叶切除术或全肺切除术。

对于肺恶性肿瘤, 肺叶切除加肺门和纵隔的淋巴结清扫是治疗早、中期肺癌的主要方法。对周围型肺癌, 一般行解剖型肺叶切除术; 对中心型肺癌, 一般行肺叶或一侧全肺切除术。如肿瘤侵及局部主支气管或中间支气管, 可以切除病变的肺叶及一段受累的支气管, 再吻合支气管上下缘。

胸腔镜肺叶切除术的早期和晚期并发症基本同开胸肺叶切除术。胸腔镜手术创伤小、痛苦轻、术后恢复较快, 术后胸部并发症的发生率通常相对较低, 但对手术技术要求较高

麻醉方式: 全身麻醉

患者自身存在的高危因素: 全身血管多发狭窄, 多枚支架置入术后, 高血压 3 级, 糖尿病, 丙型肝炎病史, 胃大部切除术后。

本病例在术中及术后可能发生的并发症、意外情况及危险性:

1、麻醉意外;



- 2、术中心脑血管意外，可致死亡；
- 3、术中大出血、中转开胸甚至体外循环止血，休克、植物人，甚至死亡；
- 4、术中损伤周围组织，重要神经、血管、脏器；
- 5、术中根据具体病情改变手术方式；
- 6、胸腔镜手术困难，中转开胸手术；
- 7、肿瘤无法切除，开关胸；
- 8、肿瘤或病变侵犯重要脏器无法切除；
- 9、肿瘤切除不净，姑息性切除，缓解症状；
- 10、术后心脑血管意外，可致死亡；
- 11、术后出血，可致死亡；
- 12、术后复发、转移；
- 13、术后伤口感染，伤口愈合不良；
- 14、术后多器官功能衰竭（包括急性肾功能衰竭及DIC等）；
- 15、术后呼吸功能衰竭，需气管插管或气管切开，长期机械通气，呼吸机依赖；
- 16、术后心律失常、心功能衰竭、心绞痛、心肌梗死；
- 17、术后气胸、血胸、脓胸、乳糜胸，需长期带管或再次手术；
- 18、复张性肺水肿；
- 19、肺炎、肺不张，急性呼吸窘迫综合征；
- 20、心疝，膈疝；
- 21、术后皮下气肿、血肿；
- 22、术后局部皮肤麻木、疼痛、皮肤感觉消失；
- 23、单侧喉返神经损伤，术后声音嘶哑，术后呛咳；
- 24、双侧喉返神经损伤，术后呼吸困难、窒息；
- 25、术后一侧肢体无汗，一侧头面部无汗，霍纳氏征；
- 26、急性肺栓塞；
- 27、下肢静脉血栓；
- 28、脑卒中；
- 29、肋骨骨折或肋骨部分切除；
- 30、术中发现胸腔内恶性病变，术后可能出现胸腔积液，术中根据病情胸腔内喷洒滑石粉，滑石粉可能造成胸痛、发热等，甚至有导致以后胸膜恶性肿瘤的可能；



- 31、肺部长期漏气，需长期带管或再次手术解决；
- 32、术后出血、血胸、胸腔积液或脓胸，需长期带管或再次手术解决；
- 33、肿瘤侵犯范围超过预计范围，需行姑息性切除、联合肺叶切除、全肺切除，支气管袖式切除、隆突成型等方式；
- 34、术中或术后病理提示残端阳性，但无法进一步切除，术后密切观察或加行放疗；
- 35、术后乳糜胸，需再次手术结扎胸导管；
- 36、支气管胸膜瘘、气管食管瘘等；
- 37、支气管吻合口瘘、狭窄、破裂、咯血；
- 38、术后呼吸功能衰竭；
- 39、肺扭转；
- 40、余肺坏死，支气管残端炎；
- 41、结核播散；
- 42、其它难以预料的意外（如褥疮、泌尿系感染等）；
- 43、除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如：如为良性病变需认可手术；术中冰冻病理可能与石蜡病理不一致。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

负责谈话医生签字：杨明

谈话时间：2020年04月10日

谈话地点：医生办公室

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。



患者/患者近亲属/法定监护人请签字：

与患者关系：



签名时间：2020 年 04 月 10 日

签名地点：医生办公室



首都医科大学附属北京天坛医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

第 1 页

门诊号 [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 58 岁

科室: 胸外科病区

病情简介:

吞咽困难半年余,加重 1 月患者半年前无明显诱因出现吞咽困难,主要为进干食困难,进流食无明显不适。不伴胸骨后疼痛,无呼吸困难,无刺激性咳嗽,无呕吐,无胸背部疼痛,无声音嘶哑。1 月前患者自觉上述症状加重,就诊于外院,胃镜提示食管中段平滑肌瘤可能性大。遂来我院就诊,我院胸部 CT 提示食管中段占位,内有钙化,食管平滑肌瘤不排除。门诊以“食管中段占位”收住院。患者自发病来,患者精神尚可,无发热,饮食可,睡眠可。小便如常,大便如上诉,体重无明显变化。

过敏史: 无

目前诊断: 1. 食管中段肿物 2. 脑梗死支架术后 3. 冠状动脉粥样硬化性心脏病支架置入术后 4. 胸膜粘连 5. 反流性食管炎

替代治疗方案: 保守治疗

拟行手术适应症: 食管肿物

拟行手术名称: 食管切除手术

手术目的: 切除食管肿物

麻醉方式: 全身麻醉

患者自身存在的高危因素: 脑梗 3 年余,置入支架 2 枚;心梗 1 年余,置入心脏支架多枚。长期口服抗凝药物,术中术后心梗、脑梗、出血风险相对较高。

本病例在术中及术后可能发生的并发症、意外情况及危险性:

- 1、 麻醉意外;
- 2、 术中心脑血管意外,可致死亡;
- 3、 术中大出血、甚至需体外循环止血,休克、植物人,甚至死亡;
- 4、 术中损伤周围组织,重要神经、血管、脏器;
- 5、 术中根据具体病情改变手术方式;
- 6、 肿瘤或病变侵犯重要脏器无法切除;



- 7、术后心脑血管意外，可致死亡；
- 8、术后出血，可致死亡；
- 9、术后复发、转移；
- 10、术后伤口感染，伤口愈合不良；
- 11、术后多器官功能衰竭（包括急性肾功能衰竭及 DIC 等）；
- 12、术后呼吸功能衰竭，需气管插管或气管切开，长期机械通气，呼吸机依赖；
- 13、术后心律失常、心功能衰竭、心绞痛、心肌梗死；
- 14、术后气胸、血胸、脓胸、乳糜胸，需长期带管或再次手术；
- 15、复张性肺水肿；
- 16、肺炎、肺不张，急性呼吸窘迫综合征；
- 17、心疝，膈疝；
- 18、术后皮下气肿、血肿；
- 19、术后局部皮肤麻木、疼痛、皮肤感觉消失；
- 20、单侧喉返神经损伤，术后声音嘶哑，术后呛咳；
- 21、双侧喉返神经损伤，术后呼吸困难、窒息；长期气管切开；
- 22、术后一侧肢体无汗，一侧头面部无汗，霍纳氏征；
- 23、肿瘤无法切除，开关胸；
- 24、肿瘤切除不净，姑息性切除，缓解症状；
- 25、急性肺栓塞；
- 26、下肢静脉血栓；
- 27、脑卒中；
- 28、吻合口出血，需再次手术；
- 29、吻合口瘘、破裂，需长期禁食或再次手术，或支架置入；
- 30、吻合口狭窄，需行扩张治疗或再次手术；
- 31、吻合口主动脉瘘、吻合口气管支气管瘘，死亡；
- 32、病变位置较高，需增加切口行颈部吻合或开腹行其他器官代食管术；
- 33、肿瘤侵犯范围广，需行联合器官切除，如部分肝切除，脾切除，胰体尾切除、结肠部分切除等；
- 34、术后代食管器官血液循环差，需再次手术处理；
- 35、术后乳糜胸，需再次手术结扎胸导管；



36、开腹后肠粘连，肠梗阻，肠麻痹；

37、术后胃潴留；

38、术后胃肠功能紊乱；

39、反流性食管炎；

40、胰瘘；

41、术后腹泻；

42、其它难以预料的意外（如褥疮、泌尿系感染等）；

43、除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如：术后食管破裂。术中冰冻病理与术后石蜡病理结果不一致。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

负责谈话医生签字：和 P mm

谈话时间：2020年07月29日

谈话地点：胸外科医生办公室

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

患者/患者近亲属/法定监护人请签字：

与患者关系：

签名时间：2020年07月29日

签名地点：胸外科医生办公室



首都医科大学附属北京天坛医院

特殊检查及治疗知情同意书

门诊号:

姓名:

第 1 页

住院号:

姓名:

性别: 男

年龄: 61 岁

科室: 胸外科病区

病情简介:

发现双肺多发占位性病变 2 周患者 1 月前自觉剧烈咳嗽咳痰、乏力,伴胸部隐痛、胸闷,未诉恶心呕吐、盗汗、发热等不适。患者后于我科门诊就诊,胸部 CT 提示右肺门占位明确,同时双肺及胸膜多发结节灶。PET-CT 示:右肺门、双肺内及胸膜多发高代谢灶,全身多发淋巴结转移,肾上腺及骨多发转移灶。目前考虑肺恶性肿瘤可能性大,为进一步明确病理就诊于我科。患者自发病来,患者精神尚可,无发热,饮食可,睡眠可。小便如常,大便如常,体重无明显变化。

过敏史:

术前诊断: 1. 右肺恶性肿瘤 2. 双肺继发恶性肿瘤 3. 胸膜继发恶性肿瘤 4. 肾上腺继发恶性肿瘤 5. 骨继发恶性肿瘤 6. 全身多发淋巴结继发恶性肿瘤 7. 双侧肺炎 8. 双肺间质纤维化 9. 双侧肺气肿 10. 双侧颈动脉狭窄 11. 基底动脉狭窄 12. 多发脑梗死

替代诊疗方案:

拟行操作适应症: 拟行介入诊疗术的适应症

拟行操作名称: 1. 支气管镜检查术; 2. 支气管镜下相关操作

麻醉方式:

患者自身存在的高危因素:

本病例在术中和术后可能发生的并发症、意外情况及危险性:

- 1、麻醉意外, 药物过敏。
- 2、喉头水肿, 喉、气管、支气管痉挛。
- 3、声带损伤, 环杓关节脱位、下颌脱位。
- 4、心脑血管意外。
- 5、气胸、纵隔气肿、纵膈感染、气管支气管瘘、气管食管瘘。
- 6、牙齿脱落。



7、气管粘膜损伤、出血、窒息。

8、术后发热、感染、咯血、咽痛。

9、其他不可预知情况：

术后主要注意事项：

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除有创操作风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

本病例的重要情况或特殊问题：

1. 可能由于病变特点或病人不能配合致检查无法进行或未能诊断。

2. 其他

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

负责谈话医生签字：杨晶晶

谈话时间：2020年08月11日

谈话地点：胸外科

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的有创操作，并已就医疗风险和并发症向我进行了充分说明。我理解可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道支气管镜检查是有创操作，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代诊疗方式及其风险，我知道我有权选择其他诊疗方式，也可以拒绝或放弃此项有创操作，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、有创操作及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

患者/患者近亲属/法定监护人请签字：

与患者关系：

签名时间：2020年08月11日

签名地点：胸外科