

# 航天中心医院 粘液瘤手术知情同意书

患者姓名	性别女	年龄52岁	病案号
<p><b>疾病介绍和治疗建议</b></p> <p>医生已告知我患有 <u>腹腔肿物 粘液瘤</u>，需要在 <u>全身</u> 麻醉下进行 <u>拟行剖腹探查，粘液瘤减瘤+大网膜及双侧附件切除、阑尾切除或右半结肠切除术+术中腹腔热灌注化疗术</u>，<u>手术</u>。</p>			
<p><b>手术目的：</b></p> <p>①进一步明确诊断</p> <p>②切除病灶（可疑癌变/癌变/功能亢进/其他）</p> <p>③缓解症状</p> <p>④其他 <u>改善生活质量</u></p>			
<p><b>预期效果：</b></p> <p>①疾病诊断进一步明确</p> <p>②疾病进展获得控制/部分控制/未控制</p> <p>③症状完全缓解/部分缓解/未缓解</p> <p>④其他 <u>                    </u></p>			
<p><b>手术潜在风险和对策：</b></p> <p>医生告知我如下手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术式根据不同类型的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.我理解任何手术麻醉都存在风险。</li> <li>2.我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。</li> <li>3.我理解此手术可能发生的风险及医生的对策：             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；</li> <li>2) 输血、输液反应，严重者可出现过敏性休克。</li> <li>3) 拟行剖腹探查：粘液瘤减瘤+大网膜及双侧附件切除、阑尾切除或右半结肠切除术+术中腹腔热灌注化疗术，术中根据探查结果决定最终手术方式，有改变手术方式可能，子宫切除等，可能“开关”术或肠造瘘。</li> <li>4) 本手术不是根治性手术，而是在尽量保证患者安全的前提下最大限度地消除腹腔肿瘤，延缓肿瘤生长。</li> <li>5) 术中损伤邻近器官（如肝脏、胆管、胰腺、脾脏、肾脏、胃、肠管、输尿管及周围血管等）造成副损伤，甚至引起相应并发症，如：失血性休克、胆瘘、肠瘘、腹膜炎等，需进行相应处理，甚至再次或者多次手术。</li> <li>6) 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；</li> <li>7) 呼吸并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸；术后继发静脉血栓，导致肺栓塞可能，严重者危及生命。</li> <li>8) 心脏病并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停；</li> <li>9) 尿路感染及肾衰；</li> <li>10) 脑并发症：脑血管意外、癫痫；</li> <li>11) 精神并发症：手术后精神病及特别的其他精神问题；</li> </ol> </li> </ol>			

# 航天中心医院 粘液瘤手术知情同意书

- 12) 多脏器功能衰竭（包括弥漫性血管内凝血）；
- 13) 水电解质平衡紊乱；
- 14) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符；
- 15) 术后存在近期肿瘤生长需再次或多次手术的可能。
- 16) 因病灶或患者健康的原因，终止手术；
- 17) 术中所用耗材自费或部分自费，其它罕见并发症，或某些无法预料、无法抗拒的意外事件等。

4.我理解如果我患有高血压、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.我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

## 特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：

腹腔粘连严重，无法分离，直接关腹；术后肠瘘，2次手术肠造瘘可能；术后继发大出血，再次手术止血。

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

## 患者知情选择

- 1.我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。
- 2.我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 3.我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 4.我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 5.我授权医师对操作切除的病变器官、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。

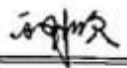
患者签名 \_\_\_\_\_ 签名日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 \_\_\_\_\_ 患者关系 \_\_\_\_\_ 签名日期 2015 年 11 月 12 日

## 医生陈述

我已经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、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名  签名日期 2015 年 11 月 12 日