

四川大学华西医院 手术知情同意书

科室: 胃肠外科	床号: 51	患者姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 51
身份证号:		登记号: 0011710107	联系电话:	
临床诊断: 食管中段癌, 胃体黏膜内癌				
疾病介绍和治疗建议				
医生已告知我患有 <u>食管中段癌, 胃体黏膜内癌</u>				
需要行 <u>经上腹正中切口食管癌及胃体切除+空肠代食管, 空肠食管吻合+淋巴结清扫</u>				
手术。				

手术潜在风险和对策

医生告知我手术可能发生的一些风险如下, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同。我可与医生讨论有关我手术的具体内容, 有特殊问题我可与医生讨论。

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. 我理解此手术可能发生的风险:
 - 1) 麻醉并发症 (详见麻醉知情同意书);
 - 2) 术中、术后大出血, 严重者可致休克, 甚至死亡;
 - 3) 术中根据具体病情改变手术方式;
 - 4) 术中损伤神经、血管及邻近器官;
 - 5) 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、脂肪液化、伤口不愈合、瘘管及窦道形成;
 - 6) 血管栓塞: 严重者可导致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命安全;
 - 7) 呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
 - 8) 循环系统并发症: 心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停;
 - 9) 尿路感染及肾衰;
 - 10) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫等;
 - 11) 精神并发症: 手术后精神病及其他精神问题;
 - 12) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞等;
 - 13) 术后多器官功能衰竭 (心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、胃肠道功能等), 凝血功能障碍, 播散性血管内凝血 DIC 等, 危及生命;
 - 14) 水电解质酸碱平衡紊乱;
 - 15) 诱发原有疾病恶化;
 - 16) 术后病理报告与术中冰冻活检结果不符;
 - 17) 再次手术;
 - 18) 其他不可预料的不利后果;
 - 19) 专科可能出现的意外和并发症如下:

20) 本手术提请患者及亲属注意的其他事项:

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, 以上这些可能会加大风险, 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、咳嗽不力, 或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

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

- 我的医生已经告知我病情, 将要进行的手术方式、该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及其预后, 并且解答了我关于该手术的相关问题。
- 我要求施行手术, 并理解手术并发症和手术风险。
- 我授权在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我授权医师根据手术中具体情况做快速冰冻活检。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或采取的血液等标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理, 以及用于教学、科学研究等。
- 我并未得到手术和治疗百分之百成功的承诺。

患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者无法或不宜签署该知情同意书, 请其授权的代理人或近亲属在此签名:

患者授权的代理人或近亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 2024 年 9 月 26 日

联系电话: _____

医生陈述

我已经告知患者的病情、将要进行的手术方式、该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及其预后, 并解答患者关于该手术的相关问题。

医生签名 _____ 签名日期 2024 年 9 月 26 日