

首都医科大学附属北京友谊医院

住院知情同意书

尊敬的患者及家属：

您好！

首先感谢您对我院的信任和选择。为了方便您在住院期间的诊疗，提供优质医疗服务，请您与我们相互配合共同约定如下：

- 1、请您再次确认您委托的人通讯方式准确有效，以便我们及时找到，否则，可能会由于找不到被委托人无法签字，致使有些重要抢救及治疗措施无法实施造成延误。
- 2、根据有关条例的规定，我们应如实向您讲明您的病情，以尊重您的知情权，但您也可以要求我们仅向您的被委托人进行解释。
- 3、如您在住院期间发生紧急情况急需抢救，您授权我院进行下列操作不需要您委托的人签字：
 - (1) 电除颤、心内注射、胸外按压、开胸心脏按摩。
 - (2) 气管插管、气管切开术。
 - (3) 其他紧急情况时的抢救措施。
- 4、在住院前患者本人及被委托人应如实向医生讲明患者的既往病史、家族史、过敏史、慢性病史及精神障碍史等，不得隐瞒，否则由此而引起的病情加重或危及生命的不良后果，院方不承担责任。
- 5、我院为教学医院，希望患者在住院期间配合我院的教学工作。
- 6、医院有权根据病情及治疗需要调换患者的房间和床位，患者及被委托人应予以配合。
- 7、患者和被委托人应于住院前办理好交费手续，住院期间根据院方的续费通知于3日内办理好补办手续。
- 8、为了保障您的治疗、安全及医院的医疗秩序，病人住院期间应遵守医院的规章制度。病人及家属损坏医院的设施、设备，应照价赔偿。
- 9、患者及家属对医疗工作有权提出批评意见和建议，如对医疗工作有异议，可以通过协商和法律途径解决，但不得以医疗纠纷为由寻衅滋事、抢夺病历资料或扰乱工作秩序。

以上内容我同意。 患者或家属签字：_____

被委托人签字：_____

2015年2月18日

首都医科大学附属北京友谊医院

外科系统手术知情同意书

科别	外 1	床号		姓名		性别	女	年龄	64	住院号	
术前诊断	主要诊断：胃底占位 神经鞘瘤 其他诊断：慢性浅表性胃炎 十二指肠溃疡 双侧肾动脉狭窄 高血压 房性早搏 室性早搏 冠心病？										
手术名称：	开腹根治性胃切除术（近端胃全胃切除术） 腹腔镜下胃癌根治术 拒绝手术										
一、因病人个体差异及某些不可预测的因素，在接受手术时可能出现下列并发症及风险： 1. 麻醉意外，心脑血管意外，多脏器功能不全，衰竭等 2. 术中因大出血、呼吸心跳骤停，心脑血管意外、休克等情况致患者死亡 3. 术中肿瘤侵犯或损伤周围脏器（肝、胆道、胰腺、脾脏、十二指肠、输尿管、结肠等脏器）引起并发症或危及生命，必要时联合脏器切除，如肝部分切、脾切除等，可能需要 2 次手术。 4. 术中若行淋巴结清扫，可能引起血管损伤（如：下腔静脉、门静脉、肠系膜上静脉、腹腔干、肝总动脉、胃左动脉、脾动脉、结直肠中动脉、胃右和胃十二指肠血管等），引起大出血而危及生命 5. 因肿瘤广泛侵犯行姑息性切除术、胃空肠吻合术，或行单纯腹腔镜探查或空肠营养管置入术 6. 术后迟发性内出血危及生命，二次手术可能 7. 淋巴结清扫术后可能出现淋巴管回流障碍 8. 术后消化道出血（吻合口出血、应激性溃疡等） 9. 既往基础疾病恶化，甚至发生多脏器功能衰竭等严重情况。10. 切口、腹腔、消化系统、呼吸系统、泌尿系统等部位感染 11. 深静脉血栓及远处转移，肺栓塞可能。12. 电解质紊乱、代谢失衡、胃肠功能紊乱，肠道菌群失调。13. 术后胃排空障碍甚至发生胃瘫，长期静脉营养，胃壁缺血坏死，吻合口破裂、瘘。14. 术后吻合口狭窄、梗阻，必要时二次手术治疗 15. 碱性返流性胃炎、反流性食管炎等远期并发症，终生服用抗反流药物 16. 术后肠粘连、肠梗阻，倾倒综合征。17. 肿瘤需要后续治疗，如化疗等；18. 肿瘤复发、再发及远处转移 19. 闭合器吻合器费用较高 20. 术后可能入中心 ICU，不能探视，费用较高 21. 其他不可预料情况。22. 术后可能有胸腔积液、纵膈积液、气胸发生、肺不张；23. 患者双侧肾动脉狭窄、高血压、冠心病病史，围手术期出现肾功能不全、肾衰，心肌梗死，心功能不全，重者危及生命。 二、除上述情况外，本例手术根据该患者的特点再次强调： 1. 根据术中情况决定手术方式；2. 因肿瘤广泛侵犯行姑息性切除术、胃空肠吻合术，或行单纯腹腔镜探查或空肠营养管置入术。3. 术后胃排空障碍甚至发生胃瘫，长期静脉营养，胃壁缺血坏死，吻合口破裂、瘘。 三、出现上述各项并发症的对策： 此项手术的施行医生应按医疗操作规则认真准备，仔细观察和操作，最大限度地避免上述并发症的发生，我们一定以高度的责任心，尽力做好我们的工作。 上述并发症出现后，我们会立即采取相应措施，对危及生命的并发症，我们可能来不及征求被委托人意见，需要紧急输血、深静脉置管，心外按压、心内注射、电除颤等抢救生命的紧急措施，希望得到家属的理解、谅解。 三、患者和家属应履行交费手续。 四、我已认真阅读了本知情同意书，对该手术可能出现的并发症及手术风险有了全面了解，我同意接受手术。 患者签字：_____ 或 被委托人签字：_____ 被委托人与患者的关系：_____ 医师签字：_____ 签字日期：2015 年 3 月 23 日											

③

首都医科大学附属北京友谊医院

麻醉知情同意书

科别	普一	床号		姓名		性别	女	年龄	64	住院号	
术前诊断	胃体癌										
合并疾病	HT、冠心病、高血压、糖尿病、双侧肾功能减退										
ASA 分级	II		拟行手术		根治胃癌						

一、麻醉方法选择：
根据病人的具体情况和手术需要选择如下一种或多种麻醉方法：
1. 强化麻醉 2. 神经阻滞麻醉 3. 椎管内麻醉 4. 全身麻醉 5. 其他

二、麻醉并发症
各种麻醉方法均可能出现以下并发症：

1. 麻醉药物过敏：局部麻醉药毒性反应，恶性高热。
2. 心血管意外：心律失常，急性心肌梗死，心力衰竭，心律失常等。
3. 呼吸系统意外：返流误吸，气管、支气管及咽喉痉挛，血、气胸，肺栓塞，肺水肿，肺不张，呼吸延迟恢复，呼吸衰竭等。
4. 神经系统并发症：神经根及脊髓损伤、硬膜外血肿、神经压迫、截瘫、全脊髓麻醉、脑栓塞、脑出血、脑水肿，术后认知功能障碍等。
5. 麻醉后头痛、腰痛、尿潴留。
6. 牙齿脱落、咽喉损伤、声带水肿。
7. 麻醉中输血、输液可能发生致热源反应、过敏反应、血源性传染病（如肝炎）等。
8. 有创操作的并发症：某些操作可导致血气胸、动脉血肿及感染等并发症。
9. 有伴随疾病的病人和急诊手术时发生各种意外的可能性明显增加。
10. 其他特殊情况：

我已经充分了解以上麻醉风险，对其中的疑问，已得到主管医生的解答。医生方已经履行了告知义务，患者方已享有充分知情权和选择权利。

我已认真阅读了本知情同意书，对麻醉可能出现的并发症及风险有了全面了解，我同意接受麻醉。

患者签字：_____ 或被委托人签字：_____ 被委托人与患者的关系：_____

三、术后镇痛：
为尽量减轻患者术后的切口疼痛，本着自愿原则，我们可为患者提供术后镇痛，使患者在较为舒适的条件度度过术后恢复期。如果患者和家属同意接受术后镇痛，请签字。

患者签字：_____ 或被委托人签字：_____ 被委托人与患者的关系：_____

麻醉医师：宋军

日期：2015年3月25日

首都医科大学附属北京友谊
消化科有创检查/治疗知情同意书

科别	普内科	床号		姓名		性别	女	年龄	62	住院号	
目前诊断	胃体占位, 间质瘤										
检查/治疗的项目名称: 超声内镜											
一、此项检查/治疗目的: 1. 明确诊断 2. 治疗											
二、此项检查/治疗的适应症:											
1. 消化道管壁内及壁外占位性病变 2. 消化系统器质性病变的鉴别 3. 消化道管壁内及壁外病变的穿刺活检 4. 消化道管壁内外囊性病变的置管引流											
三、因病人个体差异及某些不可预测的因素, 在接受检查/治疗时可能出现下列并发症及风险:											
1. 消化道穿孔 4. 咽喉部损伤, 梨状窝穿孔 7. 急性胰腺炎 2. 消化道大出血 5. 发生呼吸道误吸 8. 心脏意外、脑血管意外 3. 粘膜撕裂 6. 感染											
四、出现上述各项并发症的治疗对策: 此项检查/治疗的执行医生应按照医疗操作规则认真准备, 仔细观察和操作, 最大限度地避免所述并发症的发生。我们一定以高度的责任心, 尽力做好我们的工作。 上述并发症出现后, 我们会立即采取相应措施, 对危及生命的并发症, 我们可能来不及征求家属意见, 需要紧急输血、深静脉置管、心外按压、心内注射、电除颤等抢救生命的紧急措施, 希望得到家属的同意、理解。											
五、该项检查及检查时所用气囊均为全自费项目, 患者或家属应履行缴费手续。											
六、我已认真阅读了本知情同意书, 对该项检查/治疗的意外及可能出现的并发症有了全面了解, 我同意接受检查/治疗。											
患者签字: _____ 或 被委托人签字: _____ 被委托人与患者的关系: 母子											
医师签字: 王明军											
签字日期: 2015年2月10日											