

手術に関する説明と同意書

患者氏名

カルテ番号

【病名】横隔膜ヘルニア

【手術日】 2019 年 5 月 4 日

【予定手術方法】

腹腔鏡下横隔膜ヘルニア根治術

※手術中の状況に応じて適宜術式を変更する可能性や、他臓器(脾臓、腸管、胆嚢、脾臓、肝臓など)を合併切除する可能性があります。

【アプローチ法】

腹腔鏡

【再建法】

【術前合併疾患・リスク因子】

肝硬変 高血圧 高齢

【輸血、特定生物由来製品使用の可能性】※別紙参照

【術後経過】順調に経過した場合、術後約1週間で食事開始、抜糸、ドレーン抜去を行います。回復の状況により、時期が前後する可能性があります。

【術後合併症】出血、重要臓器障害(心・肺・脳・肝・腎)、感染(創・腹腔内・胸腔内)、縫合不全、腸閉塞、胆汁・胆汁漏、肺炎、乳び胸、胆嚢炎、吻合部狭窄などが発生する可能性があります。合併症が生じた場合、状況に応じて適切に処置を行います。場合によっては再手術が必要となる場合もあります。

【術後治療予定】最終診断は切除標本の病理診断をもって行います。病理診断結果に基づいて追加治療の必要性について検討します。

【手術摘出検体について】病理検査や各種(画像、採血など)検査の結果を臨床研究として使用することがあります。その際には個人情報の保護に十分留意いたします。

【診療情報の取得、並びに研究・研修目的の利用について】診療中、必要に応じて検査結果、放射線画像、写真、ビデオ等の診療情報を取得する場合があります。これらの診療情報につきまして、研究、研修目的で利用することがあります。その際には個人情報保護法に則り、個人が特定される情報は一切含まれない形で利用いたします。医療の発展と診療技術の向上の目的で利用させていただきますので、ご理解とご協力をお願いします。

【その他】

小腸が右胸腔内に脱出しており、これを腹腔鏡下に還納し、ヘルニア門を縫縮します。癒着が著しい場合、開腹移行します。また、小腸壊死、損傷を認めた場合は、小腸部分切除術を施行致します。

再発の可能性あります。

2019 年 5 月 4 日

外科 説明医師署名

西 知彦



Ⓜ(直筆は印省略可)

同席者署名

Ⓜ(直筆は印省略可)

手術の同意書

けいゆう病院長殿

私は上記の手術を受けるにあたり、担当医師から目的・内容・合併症などについて説明を受け、質問の機会もあり十分に理解した上で同意しましたので、実施をお願いいたします。また、同意書提出後でも、医師に申し出れば自分の意思で中止できることもわかりました。

2019 年 5 月 4 日

患者様ご署名

ご本人が署名できない場合には、ご親族などの代理人

代理人様ご署名

Ⓜ(直筆は印省略可)

続柄()

けいゆう病院

2014.3.27改 D062