

安徽医科大学第一附属医院高新院区

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄: 63岁

住院号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 结肠占位性病变(乙状结肠)

腹膜后淋巴结肿大 糖尿病 高血压 继发性甲状腺功能减退症 需要在 会诊 麻醉下进行 剖腹探查备乙状结肠根治性切除术手术。

手术目的: 1) 进一步明确诊断 2) 切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他) 3) 缓解症状 4) 其他_____。

手术潜在风险和对策:

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, 具体的手术术式根据不同患者的情况有所不同, 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。

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及医生的对策:

1、麻醉并发症(另附麻醉知情同意书); 2、术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命安全, 根据情况选择输注血制品; 3、术中因解剖位置及关系变异变更术式, 肿瘤无法切除; 4、术中可能会损伤神经、血管及邻近器官, 如输尿管, 胆囊、小肠, 膀胱、尿道、盆腔神经损伤, 导致术后尿瘘、肠瘘、排尿障碍等; 5、切口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合、瘘管及窦道形成; 6、切口疝可能; 7、脂肪、血栓栓塞: 严重者可导致昏迷及呼吸衰竭、危及生命安全; 8、呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸、呼吸衰竭等; 9、循环系统并发症: 心率失常、心肌梗死、心力衰竭、心跳骤停等; 10、尿路感染及肾衰; 11、脑并发症: 脑血管意外(脑出血、脑梗塞)、癫痫; 13、精神并发症: 手术后精神病及其它精神问题; 14、血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞、多脏器功能衰竭, 弥漫性血管内凝血; 15、水电解质平衡紊乱、诱发原有疾病恶化; 16、术后肿瘤复发、转移, 再次手术、吻合口瘘、梗阻、出血、狭窄等; 17、术后肠粘连、肠梗阻, 腹胀、尿潴留, 术后排便习惯改变(腹泻、便秘、大便失禁等); 18、若有造口, 可出现并发症如造口出血、造口口粘膜炎、周围皮炎、狭窄、肠脱出、疝形成或肠管坏死与回缩; 19、其它不可预知的风险。

安徽医科大学第一附属医院高新院区

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄: 63岁

住院号: [REDACTED]

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:

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、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

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。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

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 [REDACTED] 与患者关系 夫妻 签名日期 2021 年 10 月 8 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、可能存在的其他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: [REDACTED]

签名日期: 2021年10月08日

术中发见脾脏累及包膜及腹主动脉, 切除有导致腹主动脉出血甚至死亡风险, 家属要求继续手术, 对脾脏残留及手术相关问题表示理解接受。