

丽水市中心医院

麻醉知情同意书



丽水市中心医院
温州医科大学附属五院

姓名:

出生年月日:

住院号: 047

科室: 泌尿外科 床号:

这是一份有关麻醉的知情同意书,是医师根据患者病情、现有医疗技术及实际情况而选择和认为最适合患者的麻醉方案。请您仔细阅读,决定是否同意实施。

术前诊断: 输尿管结石伴有积水和感染

拟行手术名称: 经尿道输尿管镜输尿管激光碎石术

拟行麻醉方式: ☒ 全麻 ☐ 全麻加 ☐ 硬膜外 ☐ 硬膜外加 ☐ 腰麻 ☐ 骶麻 ☐ 颈丛 ☐ 臂丛 ☐ 其它

麻醉的益处: 可以消除患者的紧张、疼痛和其他不良反应,确保手术顺利进行。

麻醉风险或并发症:

1. 麻醉过程中可能需要实施气管或支气管插管、椎管内穿刺、神经阻滞、深静脉穿刺置管术、动脉穿刺置管术、喉罩插入、环甲膜穿刺、气管切开术、食管超声波检查、有创血液动力学监测等。这些操作均可能引起出血或栓塞、神经损伤、创伤、感染、坏死等并发症。
2. 可能出现药物中毒、过敏、高敏、神经毒性等反应,导致休克、严重脏器功能损害、呼吸心跳停止等。
3. 可能发生胃内容物反流、误吸、喉痉挛、呼吸道梗阻、休克和心律失常等导致脏器功能损害,危及生命。
4. 气管插管和拔管时可能引起牙齿脱落、口唇、舌、咽喉、声带、气管和支气管损伤、环状关节脱位、喉痉挛、气管支气管痉挛及功能损害。气管插管困难、缺氧危及生命时可能需进行紧急气管切开术。
5. 椎管内穿刺、区域神经穿刺可能损伤神经、血管、脊髓等,出现全脊髓麻醉、截瘫、椎管内感染、血肿、腰痛、头痛、导管断裂或脱落、肢体伤残、甚至呼吸心跳停止等。
6. 高龄、急危重症、合并其他疾病或有重要脏器损害者,相关心、肺、脑、血管等并发症显著增加,易发心肌梗塞、肺梗塞、脑卒中等,严重时危及生命。
7. 患者存在特殊治疗或用药史,相关并发症和麻醉危险性显著增加。
8. 麻醉手术中输血输液可能发生致热源反应、过敏反应、血源性传染病等。
9. 急诊手术麻醉危险性明显高于择期手术,手术室外麻醉危险性明显高于手术室内麻醉。
10. 其它发生率极低或难以预料的意外、并发症和不良后果,如恶性高热等。

恢复过程中可能出现的问题:

1. 可能发生术中知晓、术后回忆和术后认知功能的障碍,呼吸循环抑制、镇痛不全、瘙痒等术后并发症。
2. 患者难以配合医护人员指令,发生意外拔管(包括血管内导管、气管导管、引流管、导尿管等)、坠床以及其他意外伤害,加重患者原有的病情。
3. 出现相关心、肺、脑、血管等并发症,如心肌梗塞、肺梗塞、脑卒中等难以预料的不良后果。

术后镇痛方案: ☐ 无 ☒ 有

可替代麻醉方法: ☐ 全麻 ☐ 全麻加 ☐ 硬膜外 ☐ 硬膜外加 ☐ 腰麻 ☒ 神经阻滞 ☐ 局麻 ☒ 其它

拒绝麻醉可能导致的不良后果: 紧张、疼痛和其他不良反应导致手术不能顺利进行。

成功可能性: 没有任何手术与麻醉是完全没有风险的,以上所列的虽风险已被认定,但是仍然可能有一些无法预期的风险未列出。大部分情况麻醉是可以成功的。

麻醉医师陈述: 我已经告知患者将要施行的麻醉方式和可能发生的风险、并发症,麻醉成功的可能性,以及可替代的麻醉方法,解答了患者关于此次麻醉的问题。我认为患者或其委托代理人已知晓并理解了上述信息。根据患者病情及医保相关规定,所有的材料和药品可能需部分自费或全部自费。

麻醉医师签名:

(Signature)

签名时间: 2022年 3月 1日 19时11分

患者知情选择: 我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容,做以下声明:

1. 我已知晓相关的内容,麻醉医师已详细解答了我关于此次麻醉的问题,并知道我有权拒绝或放弃此麻醉。
2. 医师已说明麻醉风险及成功的可能性,我并未得到本次麻醉百分之百成功的许诺。
3. 我授权医师在病情治疗时使用自费麻醉和抢救药物及物品,在病情需要时更改并选择最适宜的麻醉方案。

☒ 我同意 我愿意接受该麻醉方案,愿意承担麻醉风险。

☐ 我不同意 我不愿意接受该麻醉方案并愿意承担拒绝该麻醉的风险。

(在选择项打勾,在不选择项处打叉,两者必须同时做标记,不得涂改)

患方签名:

(Signature)

与患者关系:

本人

签名时间: 2022年 3月 1日 19时20分

丽水市中心医院

输尿管软镜碎石知情同意书



丽水市中心医院
丽水市人民医院
温州医科大学附属五院

姓名: [REDACTED] 生年月日: [REDACTED] 住院号: 087 科室: 泌尿外科 床号: [REDACTED]

尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人:

根据您或您亲人的病情和诊疗需要,我们建议您选择接受手术治疗。我们会告知您该手术相关事宜,并承诺在手术过程中一旦发生风险和意外,我们会采取积极应对措施。请您仔细阅读本知情同意书,提出与本次手术有关的任何疑问,再决定是否同意接受本手术方案。

【手术医师】: 丁佳锋

【诊断】: 输尿管结石伴有积水和感染(左侧) 肾衰竭 泌尿道感染

【拟施行的手术方案】: 经尿道输尿管镜左输尿管结石碎石取石术+输尿管支架置入术

【拟行麻醉方式】: 全麻

【预期效果】: ☐明确病因,完善诊断 ☐确定治疗方案,判定预后 ☒对症治疗,缓解病情

☐其他:

【可替代的方案】: 保守治疗,效果不确切

【主要意外、风险及并发症】: 1. 手术中、手术后可能发生的风险及可能产生的不良反应包括但不限于以下情况: (1) 术中、术后出血,肉眼血尿; (2) 术中因解剖位置及关系变异变更手术; 包括输尿管成角、曲折、狭窄或肿瘤、息肉存在等原因,改开放手术或延期进一步手术; (3) 术中如发现明显尿路感染,先置管引流择期再行手术; (4) 输尿管软镜(镜鞘)进镜失败、不能上行至肾脏、需改变手术方式或置管扩张后择期再行手术可能; (5) 术中可能会损伤神经、血管及邻近器官; (6) 呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等; (7) 循环系统并发症: 心律失常、心肌梗死、心力衰竭、心跳骤停; (8) 尿路感染及肾衰,水电解质平衡紊乱; (9) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫; (10) 精神并发症: 手术后精神病及其他精神问题; (11) 血栓形成及栓子脱落,导致肺栓塞、脑栓塞,造成猝死或偏瘫等严重后果; (12) 由于严重感染等原因导致多脏器功能衰竭,弥散性血管凝血(DIC)等严重后果; (13) 水电解质平衡紊乱; (14) 肾积水及肾功能可能在术后改善不明显,甚至恶化; (15) 术后发生输尿管狭窄(瘢痕、息肉等原因),可能需再次手术解除梗阻; (16) 术中发生严重的输尿管痉挛(“输尿管抱镜”),需开放手术,并有可能造成输尿管和肾脏集合系统严重撕脱,而需要行肾切除; (17) 术中需放置双“J”形输尿管内支架管,该支架管的留置可能引起术后腰部不适、持续菌尿、血尿及尿路刺激症状。该支架管为非可吸收材料,需出院后1-6个月内酌情行拔除; 引流管上移须输尿管镜下取出或提前滑落可能; (18) 术中结石位置变动、解剖因素难以碎石或仅能行部分结石碎石,术后需结合体外碎石治疗可能; (19) 结石复发、残留可能; (20) 其他不可预知风险。2. 其他不可预料的并发症和风险。3. 特殊风险或主要高危因素: 无

【风险防范措施】: 1. 术前认真评估病情,选择合适的手术方案,完善术前检查和围手术期处理,根据基础疾病实施对症治疗。2. 术中仔细、规范操作,密切监测生命体征,及时处理术中出现的各种情况。3. 术后严密监测生命体征、手术部位情况、引流导管的通畅等,发现问题及时处理。4. 必要时请相关科室会诊协助诊疗。

5. 其他防范措施:

【成功的可能性】: 本手术存在一定的风险,但只要严格掌握适应症,做好风险防范措施,大部分情况下该手术是可以达到预期效果的,少数情况则由于存在患者个体差异、潜在疾病等各种风险,会影响手术的预期效果。

【不进行手术可能产生的结果】: ☐诊断无法明确 ☒症状不能缓解 ☒病情加重甚至恶化

☐其他:

【医师陈述】: 我已经告知患方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、手术成功的可能性、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。

【患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人知情同意】: 1. 医生已经详细告知我将要进行的手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法,并且解答了我关于此次手术的相关问题,我完全理解此次治疗的必要性和存在的风险,我也知晓我有权拒绝或放弃本次手术。2. 我愿意接受该手术方案并愿意承担手术风险。3. 我同意在手术中医师可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整,我并未得到手术百分之百成功的许诺。4. 我同意学习者在手术过程中观摩,也同意拍摄不注明身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。5. 我授权医师对切除的病变器官、组织标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物等进行处理。6. 我已如实向医师告知患者所有病情,如有隐瞒,一切后果自负。

手术医师签名:

丁佳锋

签名时间: 2022年3月1日 18时40分

经管医师签名:

丁佳锋

签名时间: 2022年3月1日 18时45分

患方签名:

与患者关系:

本人

签名时间: 2022年3月1日 18时49分

丽水市中心医院

样本及临床资料收集知情同意书



丽水市中心医院
浙江中医药大学附属五院

姓名: [REDACTED] 出生年月日: 194[REDACTED]-16 住院号: 0[REDACTED]87 科室: 泌尿外科 床号: [REDACTED]7

尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人:

这是一份关于样本及临床资料收集的知情同意书。您受邀参加丽水市中心医院将部分组织和体液捐献给科研项目所用,并提供相关临床信息的行动。样本及临床资料将保存在丽水市中心医院。请您仔细阅读本知情同意书,提出与本次研究有关的任何疑问,决定是否同意进行相关研究。

【申请医师】: 丁佳锋

【诊断】: 输尿管结石伴有积水和感染(左侧) 肾衰竭 泌尿道感染

【拟施行的研究方案】: 涉及人的生物样本及临床资料相关研究。

【预期效果】: ☐明确病因,完善诊断 ☐确定治疗方案,判定预后 ☐对症治疗,缓解病情

☒其他: 科学研究

【可替代的方案】: 不收集样本及临床资料

【主要意外、风险及并发症】: 最主要的风险是隐私的泄露,我们会尽最大努力保护您的信息避免未被授权的其他人接触,包括去除很容易识别您的信息。我们确保您的可识别信息或可识别的生物样本不会被未被授权的人看到。

【风险防范措施】: 您具有充分的隐私权,样本和所有信息的采集都将在法律允许的范围内实现全面的保密。您的身份识别仅为样本编号和研究编号。在任何研究报告和出版物中您将不会被辨认出来。如果数据可能转移给第三方进行研究使用,我们会对第三方的资质进行审核,确保数据和样本存放的安全性,并对数据进行脱敏处理,确保您的信息不会泄露。为确保研究按照规定进行,必要时,政府管理部门或伦理委员会的成员按规定可以在研究单位查阅您的个人资料。

【成功的可能性】: 样本收集是公益性的,不需要支付任何费用。用于研究样本的保存将是长期的,目前还不能准确推测保存时间,因为人类攻克各种疾病是长期目标。样本用于对人类健康有益的研究项目。使用样本有严格的审查程序,保证科研的合理性和可行性,以及符合伦理法律法规。样本和临床资料的收集除医院投入的成本外,没有获益,对您本人也没有经济获益。但未来研究的结果会为您以及与您相似的患者的疾病提示新的治疗方法,这可能会给您和您类似的其他患者带来益处。

【不进行研究可能产生的结果】: 无

【医师陈述】: 我已经告知患者将要进行的研究方案、此研究可能发生的风险、研究成功的可能性、可能存在的替代研究方法,并且解答了患者关于此次研究的相关问题。

【患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人知情同意】: 1. 我已经阅读了本知情同意书。2. 我有机会提问而且所有问题均已得到解答。3. 我理解参加本活动完全是自愿的。4. 我同意研究者收集和处理我的标本,包括与我健康有关的信息,我同意我的信息(个人信息除外)由研究者处理,或转交与研究者合作的公司,进行科学研究、科研项目的申报和科学论文的发表。5. 我知道我的样本和所有信息的采集都将在法律允许的范围内实现全面的保密。6. 我可以选择在任何时候退出这一行动,我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。7. 我知道签名并不意味着可以免去任何费用、应尽责的事项和药品费用。8. 丽水市中心医院会提供给我一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

医师签名: 丁佳锋

签名时间: 2022年 3月 1日 19时 00分

患方签名: [REDACTED]

与患者关系:

本人

签名时间: 2022年 3月 1日 19时 05分