



手术知情同意书

姓名: 病区: 床号: 住院号:

- 1 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次手术操作有关的任何疑问, 决定是否同意进行手术或操作。
- 2 由于已知或未知的原因, 任何手术或操作都有可能: 不能达到预期结果; 出现并发症、损伤甚至死亡。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外, 在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前, 医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本手术/操作。
- 3 您的主诊医生是 滕理送 您的经管医生
术前诊断 肝占位
拟施行的手术/操作名称: 肝肿瘤切除术
需要分次手术: ☐ 是 ☒ 否
- 4 医生会给您解释:
 - 4.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果:
切除肝脏肿瘤, 以明确诊断, 并消减肿瘤
 - 4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:
 - a 手术中可能出现的意外和危险性:
 1. 麻醉意外
 2. 难以控制的大出血
 3. 药物过敏
 4. 导致死亡或无法挽回的脑死亡
 5. 术中心跳呼吸骤停
 6. 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案
 7. 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤, 将导致患者残疾或带来功能障碍
 8. 其他:
 1. 术中发现肿块转移或无法切除, 行姑息性手术或更改手术方式; 术中发现腹腔粘连或术中出血需中转开放手术可能
 2. 肿瘤侵犯周围脏器, 需要联合器官切除, 如结肠切除、胃切除、肾上腺、部分膈肌切除等;
 3. 根据术中情况决定手术范围, 半肝切除或局部切除可能
 4. 术中冰冻提示良性肿瘤可能, 亦需要上述手术, 术中冰冻提示恶性肿瘤, 切缘肿瘤残留, 需扩大根治;
 5. 肿瘤累及肝动脉、门静脉, 需行血管切除重建;
 6. 术中心跳骤停, 心肺复苏, 术后入ICU, 情况严重者预后不良或术中死亡;
 7. 其他术后无法预料之情况。
 - b 手术后可能出现的意外及并发症:
 - 1 术后出血
 - 2 局部或全身感染



手术知情同意书

姓名: 病区: 床号: 住院号:

- 3 切口裂开
- 4 脏器功能衰竭(如弥漫性血管内凝血)
- 5 水电解质平衡紊乱
- 6 术后气道阻塞
- 7 呼吸、心跳骤停
- 8 诱发原有疾病恶化
9. 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符
10. 再次手术

- ☐ 其他:
1. 术后腹腔及消化道出血, 再次手术可能;
 2. 术后胆漏、肠漏, 严重者并发腹腔内感染, 需长期腹腔引流, 多次手术可能;
 3. 术后肾功能衰竭, 肝功能衰竭, 心肺肾功能衰竭, 多器官功能衰竭, 循环、呼吸恶化者需入ICU行血液滤过、血液透析等体外设备支持治疗, 费用高昂;
 4. 术后消化不良, 肠粘连, 肠梗阻等并发症可能;
 5. 术后早期肿瘤复发、转移可能; 术后病理报告良性肿瘤可能,
 6. 术后肺部感染, 腹腔内感染, 腹膜炎, 切口感染, 切口愈合不良, 应激性溃疡、血管栓塞等可能; 术后血小板过高, 引起脾静脉、门静脉血栓, 或其它血管栓塞性疾病;
 7. 术后其他难以预料之并发症。

4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现的各种并发症, 我们将根据现代医疗规范, 采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全, 使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: ①术前: 认真评估病人, 选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查, 如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。
- 2) 术中: ①严密监测生命体征变化, 保持生命体征平稳, 备齐各种急救设备, 随时处理术中出现的各种情况; ②仔细操作, 动作轻柔、准确。③严密止血。
- 3) 术后: 严密监测生命体征及手术部位变化, 并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它

4.4 可供选择的其它治疗方法: 药物治疗
您选择的治疗方案: 手术切除

- 5 如需植入内植物, 您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型: _____
- 6 您的主刀医生是: _____, 助手 _____ 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉医生和手术室护士, 必要时邀请病理及放射医生。
- 7 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行, 术中如有紧急或事先没有预料的情况发生, 医生将及时与家属取得联系, 根据出现的情况, 医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。
- 8 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品, 他/她将会告诉您有关输血或血制品的风险、利弊, 这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此, 您有权同意或拒绝接受输注血液或



浙江大学医学院附属第一医院
浙江省第一医院

手术知情同意书

姓名：周利娟

病区：肿瘤外科病房(7-2)

床号：39

住院号：04257660

血制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

9 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置和科学研究。

10 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片（有可能将其发表）作为医疗和教学之用。

11 为了确保您对上述内容的准确理解，在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前，医生将会给您解释上述内容。如果您还有其它疑问，希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示：

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容；
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释；
- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息；
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

谈话医生 王(签名) 日期 2018 年 7 月 18 日 9 时 0 分

签 名 周利娟 日期 2018 年 7 月 18 日 9 时 5 分
(☒ 患者本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)