



四川大学华西医院

手术知情同意书

科室：泌尿外科医疗单元

姓名： 性别：男 年龄：60岁

临床诊断：1. 阴茎癌部分切除术后、2. 左侧腹股沟淋巴结转移化疗后、3. 高血压病

麻醉方式：全身麻醉

疾病介绍，治疗方案建议及患方选择：

根据现有的医学技术，有以下治疗方案可供选择：

1. 根据现有医疗条件，可选择的手术方式如下：1. 双侧腹股沟淋巴结清扫术、2.

腹腔镜下双侧腹股沟淋巴结清扫术

2. 其他治疗方案：保守治疗

经医生详细介绍疾病相关知识及上述各种治疗方案，通过对各种治疗方案的优缺点、治疗费用及相关风险综合评估，我慎重选择并要求采取双侧腹股沟淋巴结清扫术方案进行治疗。

手术风险：

医生告知我手术可能发生的一些风险如下，有些不常见或未知的风险可能没有在此列出，具体的手术方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. 我理解任何药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解手术可能发生的常规风险如下：

1) 麻醉并发症（详见麻醉知情同意书）；

2) 术中、术后大出血，严重者可致休克，甚至死亡；

3) 术中根据具体病情改变手术方式；

4) 术中损伤神经、血管及邻近器官；

5) 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、脂肪液化、伤口不愈合，瘘管及窦道形成；

6) 血管栓塞：严重者可导致昏迷及呼吸衰竭，危及生命安全；

7) 呼吸系统并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等；

8) 循环系统并发症：心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停；

9) 尿路感染及肾衰；

10) 脑并发症：脑血管意外、癫痫、脑梗塞、脑出血等；

11) 精神并发症：手术后精神病及其他精神问题；

12) 血栓性静脉炎以致肺栓塞、脑栓塞等；

13) 术后多器官功能衰竭（心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、胃肠道功能等），凝血功能障碍，播散性血管内凝血DIC等，危及生命；

14) 水电解质平衡紊乱；

15) 诱发原有疾病恶化；

16) 术后病理报告与术中冰冻活检结果不符；

17) 再次手术；

18) 其他不可预料的不良后果；

4. 专科可能出现的意外和并发症如下：

1. 手术拟行双侧腹股沟区淋巴结清扫，深部髂血管附近可能存在的微转移病灶，手术不能清除，术后需定期复查，必要时需根据情况辅助放化疗；若出血较多可能中止手术；2. 术中及术后出

患方签名：_____



四川大学华西医院

手术知情同意书

科室：泌尿外科医疗单元

登记号：_____

血，失血过多致失血性休克，危及生命，必要时再次手术止血；3、行淋巴结清扫术后皮肤缺损大，需要邀请整形科协助行皮瓣移植，术后手术切口感染、皮肤坏死，延迟愈合甚至不愈合，需要再次手术（再次皮瓣移植或清创缝合可能）；4、术后局部疼痛、肿胀可能；5、术后下肢淋巴回流障碍，导致下肢肿胀可能，可能出现淋巴囊肿、淋巴瘘等相关并发症；6、该手术对血管影响较大，术后有深静脉血栓形成可能，并有脱落至肺栓塞等生命危险可能；7、患者不能耐受麻醉，需终止手术；8、该次手术治疗效果有待术后观察；9、术后可能存在肿瘤复发及转移可能，需要进一步治疗；10、术后卧床，深静脉血栓形成及并发肺炎、肺栓塞等并发症等风险较大，甚至危及患者生命。11、此次手术的治疗效果需有待术后观察、随访进一步确认。12、其他不可预知的手术风险及手术并发症可能。

5. 本手术提醒患者及亲属注意的其他事项：

6. 关于合并症的相关风险告知：

我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等基础疾病或者有吸烟史，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。

7. 我理解术后如果我的体位不当、咳痰不力，或不遵医嘱，可能影响手术效果。

8. 我知道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病情、将要进行的手术方式、手术中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该手术的相关问题。

我要求为我（患者）施行手术，并理解手术并发症和手术风险。

我授权在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式作出调整。

我理解我的手术需要多位医生共同进行。

我授权医师根据手术中具体情况做冰冻活检。

我授权医师对手术切除的病变器官、组织或采取的血液等标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理，以及用于教学、科学研究等。

我并未得到手术和治疗百分之百成功的许诺。一旦发生上述风险，我授权医生根据情况决定抢救诊疗方案，并同意支付所发生的诊疗抢救费用。

我的其他说明：

患者签名：

签名日期：2020年 6 月 21 日

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在此签名：

患者授权的代理人或近亲属签名：

与患者关系：母女

签名日期：2020年 6 月 21 日

医生陈述：

我已经告知患者的病情、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该手术的相关问题。

医师签名：

签名日期：2020年 6 月 21 日

患方签名：_____