



北京大学肿瘤医院

北京肿瘤医院

术前谈话记录及手术知情同意书

ID 号:T001952445

病案号:939714

姓名

第1页

患者姓名

性别:女 年龄:56岁

出生日期

科室:胃肠中心一病区病房

患者/被委托人/监护人:

根据患者的病情,医生建议患者接受手术治疗。依我国有关法律、法规、医疗行政管理制度,现向您说明患者病情、手术目的及术前、术后可能出现的风险及并发症等情况,请您详细阅读以下告知内容,您也可以与您的亲友讨论,并向您的医师咨询您想要了解的情况,在认真考虑后签署您的最终意见。

一、病情简介(主要症状、体征、疾病严重程度)

体检发现胃癌2月

二、过敏史

否认过敏史,

三、术前诊断

胃癌cT1N0 左肺小结节 肝多发囊肿可能

四、手术目的

☒明确诊断

☒祛除病灶

☒缓解症状

☒延长生命

☐其他

五、拟行手术指征

根据诊断、分期及各项临床检查结果,医生认为目前患者具有内镜手术适应征,无禁忌症,可以接受内镜手术。

六、拟行手术方案及手术部位

☒胃肿物内镜下粘膜剥离术(ESD)

☐食管肿物内镜下粘膜剥离术(ESD)

☐胃肿物内镜下粘膜切除术(EMR)

☐食管肿物内镜下粘膜切除术(EMR)

七、替代医疗方案

根据您的病情,拟行手术方案作为推荐给您的治疗方案。除此之外,目前您还可以选择以下治疗方法:

☒化疗

☒放疗

☒生物治疗

☒其他手术方式

☐其他

☐穿刺获得病理诊断(如适用)

(并发症:气胸、血管损伤、取材标本未获得满意的病理学结果、神经损伤、感染、肺栓塞、针道转移、脏器穿孔、穿刺不成功等)

提示:由于其他治疗方案的优势和风险不能一一列举,故除医生介绍的情况外,您可以就所关心的其他治疗方案的问题详细询问您的医生,比较后做出决定。您可以自主选择您认可的其他治疗方案,您不会因为您的选择受到不公正的对待。

八、麻醉方式及风险

☐局麻 ☒具体内容详见麻醉前谈话及麻醉知情同意书

告知医师签名:

患者/被委托人/监护人签名:

签名时间:

2021年8月30日18时00分



北京大学肿瘤医院

北京肿瘤医院

术前谈话记录及手术知情同意书

ID 号:T001952445

病案号:939714

姓名

第2页

签名地点:胃肠中心一病区病房

九、拟行手术方案可能发生的并发症及其风险

拟行手术方案是一种创伤性的治疗手段,存在一定的医疗风险,且不同患者的体质情况会存在差异,故以下告知内容可能不能涵盖所有风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,请您与医生充分讨论病情和手术的相关问题,如果有其他疑问也可以咨询医生,在充分了解后做出决定。您也可以征求您亲属对治疗方案的意见,与他们协商讨论后做出最终选择。

施行该手术中和术后可能发生的并发症和风险包括但不限于以下内容:

- ☒ 1. 麻醉意外;
- ☒ 2. 术中术后心、脑、肺血管意外;
- ☒ 3. 咽喉部损伤(梨状窝穿孔、声音嘶哑),下颌关节脱臼等局部损伤,呕吐导致食管粘膜或胃粘膜撕裂等;
- ☒ 4. 误吸导致的窒息或吸入性肺炎;
- ☒ 5. 术中及术后出血,如内镜下无法彻底止血,需外科手术止血;
- ☒ 6. 术中出现食管或胃穿孔,如内镜下无法修补满意,需外科手术修补穿孔;
- ☒ 7. 术中或术后出现食管或胃穿孔,导致气胸,纵膈气肿,皮下气肿,胸腔内感染、腹腔内感染、腹腔间室综合症,脓胸(反复发热,反复穿刺,长期带管引流等)、大出血,可能需开胸或开腹处理而延长住院时间,可能存在死亡风险;
- ☒ 8. 术后病理提示病变超过内镜下切除适应症,或符合内镜下切除适应症但切缘阳性,需接受进一步治疗(再次内镜下切除、外科根治性切除、放疗、化疗等);
- ☒ 9. 术后疼痛;
- ☒ 10. 对于食管、贲门及幽门等部位的病变,如切除范围较大,术后可能出现相应部位的狭窄,功能丧失,需长期放置胃肠营养管、内镜下扩张治疗、支架治疗或外科手术治疗;
- ☒ 11. 术后长期卧床,肺部、泌尿系感染,静脉血栓形成,血栓脱落栓塞,肺栓塞;
- ☒ 12. 术后入SICU可能;
- ☒ 13. 肿瘤姑息性切除,肿瘤术后复发,再次手术,转移,术后放疗、化疗;
- ☒ 14. 患者自身血液系统疾病及抗凝药物使用,凝血功能障碍,导致术中出血,伤口延迟愈合;
- ☒ 15. 术中使用营养管、金属夹等;
- ☒ 16. 术中因粘膜抬举征阴性或无法准确判断病变范围导致治疗无法完成;
- ☒ 17. 存在由于现行技术的局限性、病变本身或肠道准备差等原因,部分标本存在无法取出或无法行病理检查的可能;
- ☒ 18. 因意外情况或其他原因导致治疗无法完成;
- ☒ 19. 出现并发症可能加重病情,造成住院时间延长,住院费用增加,甚至最终造成病人死亡;
- ☒ 20. 术中根据病变情况、术中冰冻病理诊断结果变更术式,医生会尽可能征求您或家属的意见,但由于各种原因,也可能直接根据术中情况在未征得您或家属意见的情况下直接选择医生认为对您有利的术式;征求意见视情况可能采取口头或书面方式,如采用书面方式,需要授权委托人配合填写术中告知内容。

除上述情况外,该手术尚有可能发生的其他并发症或提请患者及家属特别注意的其他事项,如:无

我们将认真执行内镜手术操作规程,做好术中、术后的观察监测,并针对抢救物品的准备及可能发生的并发症做好应对措施,一旦发生意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救救治措施。但由于医疗的局限性及个人体质的差异,意外风险不能做到绝对避免,即便及时救治,患者仍然有可能会发生死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果及其他不可预见且未能告知的特殊情况;相关救治可能造成患者病情迁延、医疗费用的增加、需要再次或数次手术等情况的出现。一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施,但不能保证取得期望效果。

十、患者自身存在的高危因素



术前谈话记录及手术知情同意书

ID 号:T001952445

姓名

第3页

病案号:939714

- ☒无 ☐高血压 ☐心脏病 ☐糖尿病 ☐肝肾功能不全 ☐动静脉血栓病史
☐高龄 ☐骨髓功能较差 ☐既往合并肝炎、结核等感染 ☐一般状况差
☐吸烟史 ☐其他情况

因患者患有以上情况,手术风险可能会加大,或者在术中或术后出现相关的病情加重或意外,甚至死亡。

十一、拟行手术禁忌症

- ☒无禁忌症 ☐有禁忌症(请注明)

十二、术后主要注意事项

- ☒1. 适当补液,止血治疗。
☒2. 及早下地,预防下肢血栓形成。
☒3. 营养支持治疗。
☐4. 其他(请注明)

十三、拒绝治疗可能发生的后果

您有权利拒绝接受医生建议的治疗方案,但“这种选择”可能会造成您的疾病进一步发展、丧失治疗时机、“症状”加重,甚至加重危及生命等不利后果。

十四、知情同意声明

(一) 医生陈述

我已向患者/被委托人/监护人解释过此知情同意书的第1至4页全部条款,我认为患者/被委托人/监护人已知并充分理解了上述信息。

告知医师签名: 签名时间: 2011年8月30日 18时05分

术者签名确认: 签名地点: 胃肠中心一病区病房

(二) 患方声明

医师已经详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案,并已就医疗风险和并发症(第1条到第19条)向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况,并知道手术是创伤性治疗手段,由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响,术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险,不能确保救治完全成功,甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险,我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式,也可以拒绝或放弃此项手术,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询,并得到了全面的答复。

我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容,特做以下声明:

我 (填写“同意”) 接受医师建议的治疗方案并愿意承担上述治疗风险。

并授权医师: 1. 在治疗中或治疗后发生紧急情况下,为保障患者的生命安全,医师有权按照医学常规予以紧急处置,更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。2. 对手术切除的标本和检验后的血液标本进行适当处置,包括病理检查、细胞学检查、科学研究和按医疗废物处理等。

患者/被委托人/监护人签名:



北京大学肿瘤医院
北京肿瘤医院

术前谈话记录及手术知情同意书

ID 号:T001952445

病案号:939714

姓名: [REDACTED]

第4页

监护人身份证号: _____ 监护人联系方式: _____

签名时间: 2024 年 8 月 32 日 18 时 30 分 签名地点: 胃肠中心一病区病房

我 _____ (填写“拒绝”) 接受医师建议的治疗方案, 并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者/被委托人/监护人签名: _____

监护人身份证号: _____

监护人联系方式: _____

签名时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分 签名地点: 胃肠中心一病区病房

十五、术中特别告知

(由于条件受限, 填写内容可能不能全面记录医师实际告知内容, 故如果患方对告知有特别要求, 请详细列明; 如无特别说明, 视为充分知情)

医生告知内容:

告知医师签名: _____ 时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分 签名地点: 手术室
患方特别说明: (如果没有请填写无)

被委托人/监护人签名: _____ 时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分 签名地点: 手术室

十六、见证项(当患者拒绝签字时记录)

患者/被委托人/监护人/患者近亲属拒绝签名的理由:

记录人: _____

见证人: _____ 见证人身份证号码: _____

时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分 地点: _____

如果患者/被委托人/监护人/患者近亲属拒绝签名, 请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。