

个案报道患者知情同意书

本同意书由作者提供给个案报道的患者本人/监护人/亲属，签字表明知情并同意。本论文将在《World Journal of Gastrointestinal Oncology》发表患者相关信息。

稿件题目：Case report: Response of Cholangiocarcinoma with Epigastric Metastasis to Lenvatinib plus Sintilimab (稿号：86605)

全部作者：罗文辉 (Wen-Hui Luo) 李绍军 (Shao-Jun Li) 王雪峰 (Xue-Feng Wang)

通讯作者：王雪峰 (Xue-Feng Wang)

一、我特此同意在上述杂志，及与杂志相关的出版媒介上发表与上述主题相关的 我☒ / 我的孩子或受监护人口 / 我的亲属☐ (请在正确描述后打钩) 相关的信息 (下称“该信息”)。

二、请在下面两项中适用的一项前面打钩：

☒ 上面文章的作者已经向我详细说明了文章的内容。

☒ 我已经阅读了向该杂志提交的相关资料。

三、我完全明白和理解以下方面内容：

1. 该文章中对我(或患者)的隐私进行了充分保护，与我(或患者)个人身份相关的信息及能辨认出个人身份的照片、图像、文字均不会被披露。
2. 该信息将在杂志网站及相关的专业数据库上发布。
3. 该信息的发表面向全世界，该杂志的读者群主要为医护专业人士，用于医学专业交流，但非医生的公众人士，包括记者也有可能获取该信息。
4. 杂志不会将该信息用于广告、包装等商业用途，或节选使用。
5. 我能够在发表前随时撤回我的同意。一旦该信息被交付出版，则不能撤销此同意。

签名：



与患者关系：母女

日期：2023年6月23日

经办作者签名：

罗文辉

日期：2023年6月23日

烟台毓璜顶医院

青岛大学附属烟台毓璜顶医院

介入超声知情同意书

姓名 [] 科别 肝胆外科二病区 病房床号 [] 住院号 []

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有1.胆管恶性肿瘤 2.高血压3级 3.心房颤动射频消融术后 4.右腹壁肿物,需要在局部麻醉下进行右侧腹壁肿物穿刺活检术。

介入超声目的:

①进一步明确诊断

②缓解症状

预期效果:

①疾病诊断进一步明确

②疾病进展获得控制/部分控制/未控制

③症状完全缓解/部分缓解/未缓解

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下操作可能发生的风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术式根据不同病人的情况有所不同,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,严重者可致休克,危及生命;

2)术中、术后大出血,严重者可致休克,危及生命;

3)术中根据病变情况或因解剖部位变异可能变更术式;

4)内脏损伤可能引起内出血、便血、血肿甚至失血性休克等;

5)肺组织损伤可能引起严重肺感染、胸腔积液、血气胸、咳血以至于窒息死亡等;

6)心脏并发症:心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停;

7)尿路感染及肾衰;

8)胆道损伤引起胆汁漏、胆汁性腹膜炎等;

9)精神并发症:手术后精神病及特别的其他精神问题;

10)血栓性静脉炎,以及肺栓塞、脑栓塞;

11)多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血);

12)水电解质平衡紊乱;

13)诱发原有疾病恶化;

14)肿瘤种植、转移,肿瘤或囊肿复发;

15)因病灶或患者健康的原因,终止手术;

16)术中损伤神经、皮肤灼伤、血管及邻近器官,如 [] ;

17)部分医用材料不在医疗统筹范围内。

烟台毓璜顶医院

青岛大学附属烟台毓璜顶医院

介入超声知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 肝胆外科二病区 病房床号: [REDACTED] 住院号: 1 [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。

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、可能存在的其它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: 薛杰

时间: 2022-01-05 11:15

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、可能存在的其它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。

患者意见:

时 间:

患者签名:

时 间:

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

授权委托人或法定监护人签名 [REDACTED] 与患者关系: 父女

时间: 2022-01-05 11:21

因抢救生命垂危的患者紧急情况, 且不能取得患者或其近亲属意见的, 经医疗机构负责人

授权负责人签名:

时间:

