

广东省中医院大学城医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 女, 51岁, 入院日期: 2019年05月09日

住院号: [REDACTED]

术前诊断: 1. 膀胱肿物

拟行手术名称: 膀胱病损电切术, 经尿道(TURBT)

拟麻醉方式: 腰硬联合麻

患者因患: 膀胱肿物 疾病, 需行手术治疗。本医师针对患者病情, 告知了目前可行的治疗方案, 且说明了优、缺点。经向患方充分告知, 医患达成一致, 选择上述治疗方案。由于病情的关系及个体差异, 依据现有医学科学技术的条件, 施行该治疗可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者(患者近亲属, 被授权委托人)交待并说明, 一旦发生所述情况, 可能加重病情或危及生命, 医务人员将按医疗原则予尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意, 请书面表明意愿并签字。

手术目的: 切除膀胱肿物, 活检

可能出现的情况及并发症列举如下:

- 1、麻醉意外, 如过敏、心跳呼吸骤停、休克等;
- 2、术中、术后心脑血管意外;
- 3、术中大出血的可能, 严重可能要输血或改开放手术止血;
- 4、术中膀胱穿孔、损伤直肠、冲洗液外渗的可能, 严重需要开放手术;
- 5、术中术后下肢深静脉血栓形成的可能;
- 6、术中发现其它病变的可能, 则行相应术式;
- 7、伤口、泌尿系、肺部感染的问题;
- 8、TUR综合征的可能; 术中闭孔反射导致膀胱穿孔可能;
- 9、术后尿潴留、或尿道狭窄的可能;
- 10、术后血尿的可能, 严重者发生术后大出血, 必要时输血止血或再次手术止血的可能;
- 11、术后排尿困难的可能;
- 12、术后肿瘤复发的可能;

医师签名: 曹家栋 2019年5月13日

患方签名: [REDACTED] 2019年5月13日

广东省中医院大学城医院

手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 女, 51岁, 入院日期: 2019年05月09日

住院号: [REDACTED]

可能出现的情况及并发症列举如下: (续背面)

13、根据术后病理结果, 决定下一步治疗方案;

14、其它不可预知的情况。

替代医疗方案

等待观察, 药物保守治疗

医师签名: 曹家标

2019年 5 月 13 日

本人系患者 (或受患者委托的代理人), 在神志完全清醒的状态下签署本协议。 (患者) 因患上述疾病, 在贵院治疗。经医师向我说明各种治疗方案的优、缺点后, 我决定选择:

A. 同意 接受上述手术治疗, 且承担上述风险, 同意医师实施上述手术方案, 同时授权委托医师根据术中病情判断和患者利益, 调整手术方案, 并授权委托医师对已切除的器官、组织进行合理的处理。医师以上说明我已充分理解, 目前及以后不再对以上问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述手术治疗, 并承担相应后果。因系本人意愿, 以后对此不提出异议。

签署意见 (必须请患方写明同意或拒绝): 同意

患者 (授权委托人) 签名: [REDACTED]

患者近亲属 (被授权委托人) 签名 (注明 与患者的关系): 本人

2019年 5 月 13 日 9 时 30 分



广东省中医院大学城医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名： 女，51岁，入院日期：2019年05月09日

住院号：

目前诊断：1.膀胱占位性病变（性质待排）2.冠状动脉粥样硬化3.高血压1级（中危组）
4.胆囊结石不伴有胆囊炎5.脂肪肝，不可归类在他处者6.结节性甲状腺肿
7.手术史（子宫全切除术、卵巢+输卵管切除术）

治疗（检查）名称： 放疗

患者因患：膀胱占位性病变（浆细胞瘤）疾病，需行治疗（检查）。本医师针对患者病情，告知了目前可行的治疗（检查）方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致，选择上述治疗（检查）方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术的条件，施行该治疗（检查）可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属）（被授权委托人）交待并说明，一旦发生所述情况，可能加重病情或危及生命，医务人员将按医疗原则予尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意，请书面表明意愿并签字。

治疗（检查）目的：控制肿瘤

可能出现的并发症及风险：

患者经各项检查和诊断，需进行放射治疗。在治疗中、治疗后可能发生以下副作用：

1. 神经系统：头晕、头痛，记忆力下降，走路不稳，放射性颅内血管损伤、放射性颅神经及外周神经损伤（说话不清、舌肌萎缩、呛咳、声嘶等），肢体麻木无力，瘫痪；
2. 呼吸系统：咳嗽、多痰、气促、呼吸困难，胸痛、咯血、发热、肺纤维化致肺功能受损甚至肺心病；
3. 消化系统：口干，食欲下降，恶心，呕吐，腹痛，腹泻，里急后重，肠粘连，肠梗阻，肠坏死，肠穿孔，消化道出血，肝功能损害，排便困难等；
4. 泌尿系统：尿频，尿急，尿痛，血尿，膀胱挛缩，输尿管狭窄致肾盂积水，肾功能损害甚至丧失；
5. 生殖系统：不育，性功能减退：阴道穿孔、粘连、狭窄、闭锁，宫腔积脓，闭经；
6. 心血管系统：心悸、心律失常、心肌缺血，心包填塞，血管破裂，大出血；
7. 骨骼关节肌肉系统：骨骼生长障碍，脊柱畸形，脊髓炎，骨、软骨坏死，关节僵直，张口困难，肌肉萎缩等；
8. 内分泌系统：垂体功能下降，甲状腺功能下降，肾上腺功能低下等致内分泌失调；
9. 皮肤及感受器：脱发，湿性皮炎，皮肤血管扩张、脱屑、萎缩、溃疡，皮下组织萎缩、纤维化，眼睛怕光，多泪，分泌物增多、疼痛，角膜溃疡、视力下降甚至失明，中耳炎，听力下降甚至致聋等；

医师签名：曹家栋

2019年5月18日

患方签名：

2019年5月18日

广东省中医院大学城医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名：[REDACTED] 女，51岁，入院日期：2019年05月09日

住院号：[REDACTED]

可能出现的情况及并发症列举如下：（续背面）

10. 血液系统：骨髓抑制致白细胞、血小板、红细胞下降，血色素下降，导致感染、出血、营养不良等；

11. 咽痛、龋齿，声音嘶哑，鼻塞，多涕、鼻甲粘连，副鼻窦积液，软腭穿孔，放射致癌，畸胎等；因个体特异性导致的放射超敏反应发生不可预知的情况；

12. 其他：肿瘤未控

13. 替代疗法：无。

以上放疗副作用严重时可危及生命。

上述各点，本人及家属都已得到医生的详尽解释，愿意接受医生制定的放射治疗计划进行治疗；按此计划进行治疗出现上述情况，能予以理解，不作追究。

替代医疗方案：

保守治疗

医师签名：[REDACTED] 2019年5月18日

本人系患者（或受患者委托的代理人），在神志完全清醒的状态下签署本协议。

（患者）因患膀胱占位性病变（浆细胞瘤）疾病，在贵院治疗。

经医师向我说明各种治疗方案的优缺点后，我决定选择：

A. 同意 接受上述治疗（检查），且承担上述风险，同意医师实施上述治疗（检查）方案，同时授权委托医师根据治疗（检查）中病情判断和患者利益，调整治疗（检查）方案。医师以上说明我已充分理解，目前及以后不再对上述问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述治疗（检查），并承担相应后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

签署意见（必须请患方写明同意或拒绝）：同意

患者（授权委托人）签名：[REDACTED]

患者近亲属（被授权委托人）签名（注明与患者的关系）：本人



2019年5月18日16时0分