



直肠肿瘤手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病案号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 52岁 病区: 结直肠外科I病房 病床号: 05床 病案号: [REDACTED]

术前诊断: 直肠癌 (cT3N2M0)

拟施手术名称: 腹腔镜辅助直肠癌低位前切除备腹会阴联合切除术

拟施手术目的: 切除病灶, 明确病灶性质, 指导下一步治疗。

替代治疗方案: 除外科手术方案外, 可选替代方案包括放疗、化疗、靶向治疗、介入治疗、中医药治疗或密切随诊等治疗方案, 替代方案的风险及并发症较少, 但疗效能不及外科手术, 且可能在治疗过程中因肿瘤进展出现消化道梗阻或出血。

拟施手术的风险及并发症:

1. 心脏、脑血管意外;
2. 麻醉意外;
3. 周围组织脏器损伤: (1) 皮肤损伤, 瘢痕形成, 色素沉着; (2) 神经损伤, 局部皮肤感觉异常或消失, 盆腹腔自主神经损伤导致性功能、排尿功能障碍; (3) 血管、淋巴管损伤, 局部组织水肿或坏死, 下肢水肿, 外生殖器水肿或血肿, 淋巴漏等; (4) 肌肉肌腱损伤, 局部肌力和肌张力下降, 切口疝; (5) 肠道损伤, 腹膜炎、肠系膜血肿、肠穿孔、肠瘘、肠坏死、肠造口或肠切除; (6) 输尿管损伤, 术中需行输尿管移植吻合、留置输尿管引流支架管或肾切除术, 术后返流性或梗阻性肾积水, 慢性肾功能不全; (7) 膀胱损伤, 膀胱容量减小, 术后尿频、尿急等神经源性膀胱; (8) 尿道损伤, 尿道狭窄, 排尿困难、尿潴留或尿失禁等; (9) 精囊腺、盆丛神经损伤, 会阴伤口愈合延迟、盆腔感染等; (10) 脾脏损伤, 脾出血, 脾切除; (11) 腹腔镜手术中、后引起皮下气肿、高碳酸血症、操作钳等器械副损伤; (12) 腹腔镜手术改为开放手术。
4. 术中、术后大出血, 休克, 多器官衰竭, 有时需再次手术探查止血;
5. 根据术中探查结果或病情变化而改变术式: 拟行腹腔镜辅助直肠癌低位前切除术, 若肿瘤位置较低术中无法保留肛门, 则行腹腔镜辅助直肠癌腹会阴联合切除术, 若肿瘤局部分期较晚无法根治性切除, 则行直肠癌姑息性切除术, 若肿瘤侵犯腹壁、骶前等致肿瘤无法切除, 则仅行近端肠管造瘘术, 造瘘可为暂时性或永久性; 若肿瘤腹盆腔多发转移无法造瘘, 则仅行腹腔镜探查术;
6. 肿瘤无法切除或切净;
7. 肿瘤为良性;
8. 术后感染、发热、切口感染、盆腹腔脓肿、尿路感染、肠道感染、肺炎, 甚至败血症;
9. 切口皮下积液, 切口脂肪液化, 切口裂开, 切口延迟愈合, 切口肿瘤种植;
10. 术后吻合口漏, 吻合口狭窄, 可能需要再次手术治疗;
11. 肿瘤侵犯或粘连临近脏器可能需行联合脏器切除, 肿瘤转移至其他脏器需行多脏器切除;
12. 肿瘤术后复发, 进展及转移;
13. 术后应激性溃疡, 上消化道出血;
14. 术后褥疮, 用药过敏, 输液后应, 静脉炎, 引流管折断或堵塞;
15. 基础疾病相关并发症, 如糖尿病并发症, 高血压并发症, 呼吸循环衰竭;
16. 下肢深静脉血栓形成, 肺动脉栓塞, 猝死;
17. 术前放疗、化疗治疗后, 部分患者病理检查可能不能发现癌细胞;
18. 造瘘口出血、水肿、移位、狭窄或造瘘口旁疝;
19. 术后肠粘连、肠梗阻, 可能需要再次手术治疗;

姓名

病案号

20. 术后病理诊断为最终诊断，并据此决定后续治疗方案；

21. 术后出现大便次数增多或者便秘等肠道功能紊乱症状；

22. 其他意外；

在不影响您疾病诊断和治疗的前提下，我们可能会使用您做一些必要检查剩余的血、尿样本及术后一小部分肿瘤组织标本用于临床和基础研究，力争提高现有的诊治水平。也可能对您的疾病的诊断、治疗、预后判断有所帮助，但我们保证这些研究不增加您的额外费用，并严格保护您的个人信息及隐私不外露。如不同意有权予以拒绝。

我明确知道，基于本人疾病状况及上述术前诊断，医生考虑认为有必要实施上述手术，本人不同意替代治疗方案，要求手术以达到对本人疾病进一步诊疗的目的。

我知道，将由周志祥主任医师等医生为我实施上述手术，而周志祥主任医师等医生向我解释过上述手术的必要性及存在医疗上难以预知和/或无法避免的风险。

我理解所有的手术均含有一定的风险，其中包括出血、感染、其他器官损伤及突发的心肺功能障碍以及其他意外情况，一旦出现上述风险可能导致危及生命和健康的严重后果，医生将会采取其他相应的诊疗措施。

我理解在手术过程中有可能出现一些未曾预料的情况及意外，医生将会根据医学专业知识和经验决定相应的诊疗措施，必要时会实施上述手术外的其他手术。

我理解将有疾病和医疗上不可确定的因素导致本次手术无法达到预期的目的和效果。

中国医学科学院肿瘤医院是一家三级甲等肿瘤医院专科医院，所从事的医疗活动有义务严格遵循国家有关的法律、法规和诊疗护理的规范要求。我同意在这家医院诊疗过程中引起的任何争议将按照国家有关的法律，法律所提供的途径解决。

我明确表示，同意接受本次手术。

患者签名：

日期：

2017.2.6.15.

(应由患者本人签名，如果患者本人无法签名，可由患者法定代理人、近亲属及关系人签名，同时注明与患者关系，

并附上授权委托书。)

医师签名：周志祥

日期：

2017.2.6.15.20