

手术知情同意书

姓名: 病区: 肝胆胰外科中心八病区(6B-17) 床号: 37 住院号:

1 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读,提出与本次手术操作有关的任何疑问,决定是否同意进行手术或操作。

2 由于已知或未知的原因,任何手术或操作都有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤甚至死亡。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外,在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前,医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间,您都有权接受或拒绝本手术/操作。

3 您的主诊医生是 王伟林 您的经管医生 吴应盛
术前诊断 腹腔占位,脂肪肉瘤考虑

拟施行的手术/操作名称: 腹腔肿瘤切除术

需要分次手术: ☐ 是 ☒ 否

4 医生会给您解释:

4.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果:

腹腔肿瘤切除

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

a 手术中可能出现的意外和危险性:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| 1. 麻醉意外 | 2 难以控制的大出血 |
| 3 药物过敏 | 4 导致死亡或无法挽回的脑死亡 |
| 5 术中心跳呼吸骤停 | |
| 6 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案 | |
| 7 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤,将导致患者残疾或带来功能障碍 | |

8. 其他: 发现腹腔占位伴周围脏器侵犯,需联合其他脏器切除如肝脏、胆囊、结肠等

腹腔占位恶性伴广泛转移,行姑息或开关手术可能
术中出血较多可能

如行结肠手术,行肠道造瘘可能

b 手术后可能出现的意外及并发症:

- | | |
|------------|---------------------|
| 1 术后出血 | 2 局部或全身感染 |
| 3 切口裂开 | 4 脏器功能衰竭(如弥漫性血管内凝血) |
| 5 水电解质平衡紊乱 | 6 术后气道阻塞 |
| 7 呼吸、心跳骤停 | 8 诱发原有疾病恶化 |

9. 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符

10. 再次手术

☒ 其他:

腹腔内出血,再次手术可能

消化道漏、胆漏、腹腔感染、反复穿刺引流甚至再次手术可能



手术知情同意书

姓名: 病区: 肝胆胰外科中心八病区(6B-17) 床号: 37 住院号:

肝肾功能不全可能

如肿瘤恶性, 术后早期复发转移可能

切口感染、延迟愈合可能

肠粘连、肠梗阻、肺部感染、深静脉血栓形成可能

心肺功能不全入住ICU可能

4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现的各种并发症, 我们将根据现代医疗规范, 采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全, 使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: ①术前: 认真评估病人, 选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查, 如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。
- 2) 术中: ①严密监测生命体征变化, 保持生命体征平稳, 备齐各种急救设备, 随时处理术中出现的各种情况; ②仔细操作, 动作轻柔、准确。③严密止血。
- 3) 术后: 严密监测生命体征及手术部位变化, 并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它

4.4 可供选择的其它治疗方法: 穿刺、化疗等

您选择的治疗方案: 手术

5 如需植入内置物, 您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型: 引流管等

6 您的主刀医生是: 王伟林, 助手 吴应盛、金晶等 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士, 必要时邀请病理及放射医生。

7 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行, 术中如有紧急或事先没有预料的情况发生, 医生将及时与家属取得联系, 根据出现的情况, 医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

8 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品, 他/她将会告诉您有关输血或血制品的风险、利弊, 这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此, 您有权同意或拒绝接受输注血液或血制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

9 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置和科学研究。

10 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩, 也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

11 为了确保您对上述内容的准确理解, 在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前, 医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问, 希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;
- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。



浙江省第一医院

手术知情同意书

姓名：陆中沅

病区：肝胆胰外科中心八病区(6B-17)

床号：37

住院号：04243071

谈话医生

陆中沅

日期

2018年

6月

8日

14时

分

签

名

[Redacted]

日期

2018年

6月

8日

14时

分

(☐ 患者本人

☐ 配偶

☒ 子女

☐ 父母

☐ 其他近亲属同事

☐ 朋友

☐ 其他)

