

四川大学华西医院

手术知情同意书

患方签名确认：

第 1 页

科室：胃肠外科医疗单元

床号：071床

患者姓名：

登记号：

性别：女

年龄：29岁10月

临床诊断：1、克罗恩病

2、胃体结肠脾曲瘕

3、左侧腹腔脓肿并腹膜外穿通

疾病介绍、治疗方案建议及患方选择

医生已告知我患有 克罗恩病 、胃体结肠脾曲瘕 、左侧腹腔脓肿并腹膜外穿通

根据现有的医学技术，有以下治疗方案可供选择：

1. 根据现有医疗条件，可选择的手术方式如下：

剖腹探查术+胃局部切除修补+腹腔腹壁脓肿切开引流+横结肠/小肠造瘘

2. 非手术治疗：

保守治疗

经医生详细介绍疾病相关知识及上述各种治疗方案，通过对各种治疗方案的优缺点、治疗费用及相关风险综合评估，我慎重选择并要求采用剖腹探查术+胃局部切除修补+腹腔腹壁脓肿切开引流+横结肠/小肠造瘘方案进行治疗。

手术风险：

医生告知我手术可能发生的一些风险如下，有些不常见或未知的风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同，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. 我理解任何药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解手术可能发生的常规风险如下：

1) 麻醉并发症（详见麻醉知情同意书）；

2) 术中、术后大出血，严重者可致休克，甚至死亡；

3) 术中根据具体病情改变手术方式；

4) 术中损伤神经、血管及邻近器官；

5) 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、脂肪液化、伤口不愈合，瘘管及窦道形成；

6) 血管栓塞：严重者可导致昏迷及呼吸衰竭，危及生命安全；

7) 呼吸系统并发症：肺不张、

8) 肺感染、胸腔积液、气胸等；

9) 循环系统并发症：心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停；

10) 尿路感染及肾衰；

11) 脑并发症：脑血管意外、癫痫、脑梗塞、脑出血等；

12) 精神并发症：手术后精神病及其他精神问题；

13) 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞等；

14) 术后多器官功能衰竭（心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、胃肠道功能等），凝血功能障碍，播散性血管内凝血DIC等，危及生命；

15) 水电解质平衡紊乱；

16) 诱发原有疾病恶化；

17) 术后病理报告与术中冰冻活检结果不符；

18) 再次手术；

19) 其他不可预料不良后果；

4. 专科可能出现的意外和并发症如下：

四川大学华西医院 手术知情同意书

患方签名确认：

第 2 页

- 1、最终手术类型方式须根据术中发现或异常状况在术中确定，有可能改变预期手术方案；
 - 2、术中损伤邻近器官组织血管神经；
 - 3、根据术中发现决定手术方式，可能需行预防性造瘘，需再次手术还纳；
 - 4、术后造瘘口、吻合口并发症，如出血或漏（瘘）等；
 - 5、术后可能出现肠漏、肠粘连、肠梗阻、肠坏死等；
 - 6、术后感染风险：盆腹腔感染甚至脓肿、脓腔形成风险，伤口感染风险，切口感染风险；
 - 7、术中、术后可能出现心脏、肺、肝脏、肾、脑等多脏器功能障碍，治疗效果不好，甚至死亡；
 - 8、术中、术后可能心脑血管意外及其他未知的手术风险；术后出现血栓，引起肺栓塞等；
 - 9、术后可能发生排便、排尿、性功能障碍等；
 - 10、若术中、术后恢复不好，可能需住ICU继续治疗，住院费用昂贵；
 - 11、其它不可预知的风险。
5. 本手术提请患者及亲属注意的其他事项：

6. 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。
7. 我理解术后如果我的体位不当、咳痰不力，或不遵医嘱，可能影响手术效果。
8. 我知道一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

我的医生已经告知我病情、将要进行的手术方式、手术中及手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我关于该手术的相关问题。

我要求 为我（患者）施行手术，并理解手术并发症和手术风险。

我授权 在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

我理解 我的手术需要多位医生共同进行。

我授权 医师根据手术中具体情况做冰冻活检。

我授权 医师对手术切除的病变器官、组织或采取的血液等标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理，以及用于教学、科学研究等。

我并未得到手术和治疗百分之百成功的许诺。一旦发生上述风险，我授权 医生根据情况决定抢救诊疗方案，并同意支付所发生的诊疗抢救费用。

我的其他说明：

患者签名

签名日期 年 月 日

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在此签名：

患者授权的代理人或近亲属签名 与患者关系 签名日期 年 月 日

联系电话：

医生陈述

我已经告知患者的病情、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

签名日期 年 月 日