

患者姓名: 科室:肝胆外科 住院号: 门诊号:

肝肿瘤手术知情同意书

患者姓名: 性别:男 年龄:66岁 病历号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 肝占位(原发性肝癌?) ,需要在全身麻醉下进行肝肿瘤切除术 手术。

手术目的:

- ①进一步明确诊断
- ②切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他)
- ③缓解症状

预期效果:

- ①疾病诊断进一步明确,切除病灶
- ②症状缓解

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下手术可能发生的风险,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:

一、麻醉意外:心律失常,心脏骤停。

二、感染:大出血。

三、手术副损伤:(即手术经过组织的损伤及相邻器官的损伤)

四、可能发生的并发症:

- 1、麻醉意外,心脑血管意外
- 2、术中大出血,失血性休克,严重者死亡(门静脉、肝动脉等重要血管损伤)
- 3、胆汁性腹膜炎、黄疸,胆管炎等
- 4、肝脏、胰腺、胃肠道损伤
- 5、术后出血,需二次手术
- 6、术后胆漏,胰漏,肠漏发生
- 7、术后肝肾功能衰竭,DIC,ARDS等多器官功能衰竭
- 8、术后胆道感染、腹腔感染
- 9、应激性溃疡,胆道出血、胸腔积液、腹水等
- 10、心脑血管意外
- 11、肠粘连、肠梗阻等
- 12、切口积液、血肿、感染、愈合延迟、切口疝等
- 13、肺不张、肺感染、心衰、心梗、心律失常、深静脉血栓形成等
- 14、其他难以预料的情况,如中止手术可能。
- 15、术中联合切除其他脏器,病灶切除不全,或肿瘤残体存留,术后肿瘤复发等。

患者姓名: 科室:肝胆外科 住院号: 门诊号:

16、并发症少见并发症。

替代方案: 患者肝肿瘤, 高度怀疑为原发性肝癌, 已经行介入栓塞治疗。手术切除为首选治疗方法, 腹腔镜肝切除现在技术不成熟, 介入栓塞及射频消融等治疗方式不能确保完整消除肿瘤, 不建议实施全身化疗及放疗。行手术切除行病理检查, 既能够明确诊断, 又能够切除病灶。

我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张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。

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: 主管医师 签名日期: 2015年10月18日

患者知情选择

1、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。

2、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。

3、我理解我的操作需要多位医生共同进行。

4、我并未得到操作百分之百成功的许诺。

5、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。

患者签名 签名日期 年 月 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: 患者关系 签名日期: 2015年10月18日