

## 手术知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 51岁 住院号: [REDACTED]

患者因病于2018年05月25日入住我院 胃外科 科室 胃病区 病区。根据患方所陈述的病情、存在的症状及有关检查,术前诊断为: 1. 胃癌 针对病情,经治医生详细告知患者目前技术条件下可行的治疗方案包括: ☒ 胃癌根治术 手术治疗 ☐ 介入治疗 ☐ 放射治疗 ☐ 药物治疗 ☐ 治疗方法的利弊,并详细向患者介绍了各种治疗方法的利弊。

患者经谨慎选择后,要求行 胃癌根治术 治疗方式。

### 手术潜在风险告知:

医生告知手术治疗是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体的特异、病情的差异性及年龄等因素,绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。由于已知和无法预见的原因,本手术有可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生医疗风险:

1. 任何手术麻醉都存在风险。
2. 任何所用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. 此手术可能发生的风险:
  - (1). 心脑血管意外(心梗、脑梗、脑出血等),生命危险;
  - (2). 麻醉过程中,可能发生呼吸、心跳骤停等意外风险。
  - (3). 手术过程中,因病变浸润、炎症、解剖异常等因素,可能发生术中难以控制的出血,并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能,手术中发现病变不能切除,则行姑息手术或仅作探查。
  - (4). 术后可能发生切口感染、化脓,肺部感染、泌尿道感染等,严重者可导致败血症,瘘或窦道形成,切口不愈合,组织或器官粘连,术后再出血、再次手术的可能以及心、肝、肺、胃、脑等器官或系统的并发症或疾病本身发展所致的不良转归。
  - (5). 其它难以或无法预计的情况。
    - ☒ (6)、根据探查情况进一步决定手术方式,初步拟行胃癌根治术,全胃切除可能,如病变范围较大,则有行全胃切除可能,如有转移则可能行姑息性胃切除、姑息性切除甚至无法手术,侵犯其它脏器则行联合脏器切除术或无法手术,其他可能
    - ☒ (7)、术中术后出血,甚至大出血可能;术中损伤邻近组织和脏器(如血管、神经、肠道、肝脏、脾脏、肾脏、胆管等);迟发性损伤可能需要二次手术。
    - ☒ (8)、术后肠粘连、肠梗阻、胃肠功能紊乱、胃无力等;术后感染(如腹腔、呼吸道、泌尿系、切口等);切口愈合不良、脂肪液化、切口裂开。
    - ☒ (9)、术后应激性溃疡、胃瘫,长期胃肠减压和肠内营养,营养性并发症;术后吻合口漏、出血、狭窄或溃疡等可能;倾倒综合症,低血糖反应。
    - ☒ (10)、术后脏器功能不全、衰竭;水电解质、酸碱、糖代谢紊乱;术中术后心肺脑血管等意外,术后可能需长期呼吸机辅助呼吸,术后深静脉血栓形成,脑梗塞、肺栓、腹内脏器或肢体坏死。

江苏省人民医院  
南京医科大学第一附属医院  
手术知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 51岁 住院号: [REDACTED]

☒ (11)、恶性肿瘤,术后复发与转移可能。

☒ (12)、一次性耗材的使用,及其他不可预料的意外情况。术后ICU病房监护可能。

4. 如果患有高血压、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。

5. 术后如果体位不当或不遵医嘱的不良后果。

6. 本手术过程中根据病情需要可能进行冰冻快速病理检查。该检查是在手术中进行病理诊断的一种方法,一般在半小时左右出具诊断意见,为临床手术治疗提供参考。由于时间较短、取材有限等诸多因素的影响,存在一定比例的假阳性和假阴性,最终病理诊断需待常规石蜡切片。

7. 根据患者的病情,患者可能出现未包括在上述医生告知的并发症以外的风险。一旦发生上述风险和意外情况,医务人员会采取积极应对措施。

患者同意手术的确认:

☒ 我的医生已经告知我准备进行的手术方式、术中及术后可能发生的并发症和其它风险。我知晓可供选择的医疗方式及其利弊,我选择 胃癌根治术 治疗方式。

☒ 我授权医生在手术中可以根据我的病情对预定的手术方式(包括手术范围)做出调整。

☒ 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

☒ 我授权医生对手术切除的病变器官、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。

☒ 医生已口头向我告知本手术知情同意书的具体内容,我理解本知情同意书的内容和含义,我知晓本手术知情同意书签订后,在手术正式施行前,我有权决定放弃该手术。

医患双方共识:

本同意书经医患双方慎重考虑后签署,其内容为双方真实意思表示,并确认医方已履行了告知义务,患方已享有知情、选择及决定权,并受法律保护。

医患双方相互理解、相互配合,努力实现治疗疾病的共同目标。

本同意书一式二份,医患双方各执一份。

患者或近亲属或法定代理人签字:

[REDACTED]

医院经治医生签字: 王国梁

术者签字: 王国梁

患者签字日期: 2018.5.25

医生签字日期: 2018.5.25

签字日期: 2018.5.25

麻醉前访视记录

姓名: 徐芝军 性别: 男 年龄: 51岁 病区: 胃病区 床号: 16床 住院号: 0974823



江苏省人民医院  
南京医科大学第一附属医院  
授权委托书

委托人（患者）姓名：[REDACTED] 性别：男 年龄：51岁  
身份证号码：[REDACTED]

受托人姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：25岁  
与委托人关系：[REDACTED]  
身份证号码：[REDACTED]

委托人声明与授权：

1. 委托人已明白知道对按照规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗、医疗美容等），应当由患者本人签署同意书。

2. 委托人现根据自身情况，自愿决定在 江苏省人民 医院住院期间授权  
委托 [REDACTED] 作为委托代理人，委托权限如下：

- (1) 听取经治医师有关委托人的病情、医疗措施和医疗风险等情况的告知与说明；
- (2) 选择和决定签署有关医疗活动的同意书。

姓名：  
性别：  
出生：  
住址：  
公民：

委托人（患者）签名：[REDACTED]

2018 年 06 月 01 日

受委托人签名：[REDACTED]

2018 年 06 月 01 日

本授权委托书需与有关同意书同时保存于病历。