

烟台毓璜顶医院

青岛大学医学院附属烟台毓璜顶医院

手术知情同意书

姓名

科别 乳腺外科

床号 12 床

住院号:

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有: 右侧乳腺癌, 乳腺钼靶/MRI 可能与乳腺超声定位肿瘤不一致, 本次手术以入院乳腺超声定位肿瘤为准。

推荐手术方案: 在全麻下进行右侧乳腺肿瘤切除保留乳房乳腺癌根治术、前哨淋巴结活检术。

替代手术方案: 在全麻下进行右侧全乳房切除术、前哨淋巴结活检术。患者无保乳意愿, 要求乳房切除

医生已告知我此疾病的其它治疗方法, 主要包括:

1. B 超引导穿刺活检 (无法全部切除)

2. 观察 (有疾病进展风险)

3. 药物治疗 (效果不明确)

我已清楚其它治疗方法, 选择

替代手术方案

手术治疗。

手术目的: 切除病灶、前哨淋巴结活检

预期效果: 疾病获得全部或部分控制

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:

1) 麻醉意外: 详见麻醉签字书。

2) 术中术后重要脏器功能障碍、衰竭, 包括心肌梗塞、心衰、心律失常、脑梗塞、脑出血、肝功能衰竭、肺功能衰竭、肾功能衰竭或多器官功能衰竭、甚至死亡等。

3) 术中术后出血, 或术后因出血需再次手术。

4) 术中意外损伤: 如腋静脉、臂丛神经、胸背神经、胸长神经、肩胛下血管等。

5) 术后上肢肿胀、疼痛, 感觉和功能障碍。

6) 术后皮下积液、皮瓣坏死、手术切口感染、手术切口延迟愈合等, 必要时需再次手术。

7) 术后肺部感染、深静脉血栓形成、肺动脉栓塞、泌尿系感染、褥疮等。

8) 术中术后的输液、输血及所有药物均有可能引起过敏反应, 严重者可危及生命, 部分患者因药物刺激可能出现静脉炎、静脉闭塞、皮下组织坏死等。

9) 其它难以预料的意外及并发症。

10) 根据术前检查及术中病理情况行保乳手术, 可能出现以下情况:

① 保乳失败: 切缘癌残留、乳房变形明显等均需改行乳房切除。

② 术后乳房内切口部位复发、残留乳房第二原发癌, 需再次手术。

③ 术中需放置银夹标记残腔以利术后放疗, 放疗可引起皮肤局部红肿疼痛改变, 乳房因变形、纤维化、质地变硬、色素沉着等远期美容效果差。

④ 术中冰冻病理示切缘阴性而术后病理可能为阳性, 需行放疗或扩大手术补救。

烟台毓璜顶医院

青岛大学医学院附属烟台毓璜顶医院

手术知情同意书

姓名

科别 乳腺外科

床号 12 床

住院号:

11) 根据术前检查及术中前哨淋巴结活检情况,行前哨淋巴结活检替代腋窝淋巴结廓清术,可能会出现以下情况:

- ① 前哨淋巴结活检正确率约 95%,有 5%左右的假阴性。
- ② 术中前哨淋巴结活检阳性则行腋窝淋巴结廓清术,若患者选择保乳,根据 ACOSOG Z0011 实验,若前哨淋巴结有 1-2 个转移则可不进行腋窝淋巴结廓清术。
- ③ 术中前哨淋巴结活检阴性则不行腋窝淋巴结廓清术。
- ④ 由于病理检查技术的局限,有术中前哨淋巴结活检阴性而术后病理阳性可能,需二次手术廓清腋窝淋巴结或通过放疗等措施补救。

⑤前哨淋巴结显像阴性、活检失败。

⑥术后可能出现患侧腋窝局部复发,可行二次手术或放疗等措施补救。

⑦术后需定期随访、复查。

12) 该病人具有以下特殊及风险:脊髓灰质炎。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、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. 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。

拒绝手术可能导致的不良后果:加重病情、失去手术治疗机会

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:出血、感染、皮瓣坏死、皮下积液、静脉血栓、肺栓塞、心脑血管意外。

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、可能存在的替代医疗方案并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

手术医生、经治医生签名:

林毅 王兴苗

时间: 2018-12-19 09:15

患者知情选择:

1. 医务人员已经告知我将要进行的手术方式、此次手术中及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的替代医疗方案,并且解答了我关于此次手术的相关问题。

2. 我同意在操作中医务人员可以根据患者病情对预定的手术方式做出调整。

3. 我理解此项手术需要多位医务人员共同进行。

4. 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

5. 我授权医务人员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。

患者签名:

时间: 2018.12.19 09:30

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

授权委托人之一签名:

与患者关系:

时间: