

山东大学第二医院

手术知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一、一般项目

患者姓名：[REDACTED] 性别：男 年龄：9岁

科 室：IC外科 病区：东楼14区 住院号：[REDACTED]

二、医师告知

【术前诊断】门静脉海绵样变性

【拟行手术指征及禁忌症】

门静脉海绵样变性，致门静脉高压，伴食道胃底静脉曲张，脾脏增大，脾亢，手术指征明确。一般情况良好，无绝对手术禁忌。

【替代医疗方案】（不同的治疗方案及手术方式介绍）

根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式：

贲门周围血管离断+脾脏部分切除+门静脉搭桥术：降低门脉压力、增加向肝血流，符合解剖生理，为首选的手术方式，但受患者自身条件如肝硬化、肝内门脉分支不通畅等条件制约，不一定具备条件实施。

保守治疗（脾大进一步加重，影响出凝血；肝功能损害）

贲门周围血管离断+脾肾分流术+脾脏切除：若不具备门静脉搭桥术条件可能需要行此术式，可降低门脉压力，减少出血风险

【建议拟行手术名称】贲门周围血管离断+脾脏部分切除+门静脉探查术，备门脉搭桥术，备脾肾分流术

【手术目的】切除部分肿大脾脏，探查门静脉情况，如情况允许行门静脉搭桥，增加入肝血流，若情况不允许行分流术降低门脉压力，同时行断流术，降低上消化道出血风险

【手术部位】腹部

【拟行手术日期】2018.10.16

【拒绝手术可能发生的后果】脾大致三系血细胞减少，肝功能受损，出凝血机制异常，门静脉高压，上消化道出血，严重时危及生命

【患者自身存在高危因素】白细胞、血红蛋白、血小板偏低，出凝血机制异常

【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】

- ☐ 1、过敏，心跳、呼吸骤停等麻醉意外
- ☐ 2、术中损伤腹腔内大血管、神经、淋巴管、肠管、胃、肝脏、胰腺、胆囊、脾脏、肾脏等脏器、组织，引起大出血、出血性休克、死亡，肠漏/肠痿、胃漏、胆漏、胰漏/痿
- ☐ 3、根据术中具体探查情况决定是否行血管搭桥术，以及具体搭桥血管；如搭桥不能完成，行脾肾分流术
- ☐ 4、术后急性及慢性进行性肝功能衰竭，肝昏迷（肝性脑病），出现腹胀、恶心、呕吐、顽固高热、顽固腹水等，严重者死亡；肝肺综合症，呼吸功能衰竭；肝肾综合症，肾功能衰竭，
- ☐ 4、术后腹腔内大出血、腹膜炎、腹腔脓肿、膈下积液、脓肿和肝内感染，肠粘连、肠梗阻、胃瘫、搭桥或分流血管狭窄、搭桥或分流血管栓塞不通；二次手术可能；
- ☐ 5、术后胃肠道出血，应激性溃疡，呕血、黑便，食管胃底静脉曲张，可能需要行胃镜下曲张静脉套扎，下肢深静脉栓塞、肺栓塞、爆发性感染
- ☐ 6、伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合，瘘管及窦道形成，切口疝

□7、心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停

□8、泌尿系统感染，褥疮，深静脉血栓及肺栓塞、脑栓塞等

我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

### 【术后主要注意事项】

保持敷料清洁干燥。

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

经治医师签字：孙小刚 签字时间：2018年10月15日

签字地点：医生办公室

术者签字：李金良 签字时间：2018年10月15日

签字地点：医生办公室

### 三、患者及委托代理人意见

我及委托代理人确认：

医师向我解释过我的病情及所接受的手术，并已就术前术后（请填第（1）到（8）项）医疗风险向我进行了详细说明。我了解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；

医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

我已认真阅读并了解以上全部内容，我做以下声明

（请患者或委托人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样）

我（填同意）接受该手术方案并愿意承担手术风险。

并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患者及委托代理人签字： 与患者关系： 父

签字时间：2018年10月15日 签字地点：医生办公室

我（填不同意）接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。

患者或委托代理人签字： 与患者关系：

签字时间： 年 月 日 签字地点：

### 四、备注

1、如果患者或委托人拒绝签字，请医师在次说明：

2、术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应重新履行告知并签署知情同意书。