

浙江大学医学院附属邵逸夫医院
手术知情同意书

- 1 您的主诊医生是: 蔡柳新 您的经管医生是: 何石林
- 2 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次手术操作有关的任何疑问，决定是否同意进行手术或操作。
- 3 由于已知或未知的原因，任何手术或操作都有可能：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡。因此，医生不能对手术/操作的结果作出任何的保证。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本手术/操作。
- 4 目前诊断: 胰腺占位，神经内分泌肿瘤？
拟施行的手术/操作名称: 腹腔镜探查，胰体尾切除，联合脾脏切除可能
- 5 医生会用通俗易懂的语言给您解释：

5.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果：

切除病灶，明确性质，改善预后

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险：

a 手术中可能出现的意外和危险性：

☒ 麻醉意外

☒ 难以控制的大出血

☒ 药物过敏

☒ 导致死亡或无法挽回的脑死亡

☒ 术中心跳呼吸骤停

☒ 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案

☒ 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤，将导致患者残疾或带来功能障碍

☒ 其它:

1. 中转开腹 2. 联合其他脏器切除 3. 发现恶性肿瘤, 手术方式改变 等

b 手术后可能出现的意外及并发症:

- ☒ 术后出血
- ☒ 局部或全身感染
- ☒ 切口裂开
- ☒ 脏器功能衰竭 (如弥漫性血管内凝血)
- ☒ 水电解质平衡紊乱
- ☒ 术后气道阻塞
- ☒ 呼吸、心跳骤停
- ☒ 诱发原有疾病恶化
- ☒ 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符
- ☒ 再次手术
- ☒ 其它:

1. 出血, 腹痛, 腹腔感染, 二次手术 2. 术后血糖控制欠佳 3. 脾热, 血小板升高 4. 术后病理恶性, 肿瘤复发 5. 心肺功能不全, 心脑血管意外 6. 术后入住ICU 等

5.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现的各种并发症, 我们将根据现代医疗规范, 采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全, 使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: ①术前: 认真评估病人, 选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查, 如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。
- 2) 术中: ①严密监测生命体征变化, 保持生命体征平稳, 备齐各种急救设备, 随时处理术中出现的各种情况; ②仔细操作, 动作轻柔、准确。③严密止血。
- 3) 术后: 严密监测生命体征及手术部位变化, 并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗。
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它:

无

5.4 可供选择的其它治疗方法及您的选择: 1. 保守治疗 2. 腹腔镜手术 3. 开腹手术

您选择: 腹腔镜手术

6 如需植入内置物, 您同意选择的 (如骨科内固定、起搏器等) 类型及厂家:

无

7 您的主刀医生是: 蔡柳新, 助手: 何石林 等

手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士, 必要时邀请病理及放射医生。

- 8 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行, 术中如有紧急或事先没有预料的情况发生, 医生将及时与家属取得联系, 根据出现的情况, 医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。
- 9 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品, 他/她将会告诉您有关输血或血制品的风险、利弊, 这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此, 您有权同意或拒绝接受输注血液或血制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。
- 10 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。
- 11 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩, 也同意拍摄不注明您身份的照片 (有可能将其发表) 作为医疗和教学之用。
- 12 为了确保您对上述内容的准确理解, 在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前, 医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问, 希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;

- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息；
④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

根据国务院701号条例：医疗（手术）意外险为可能发生的严重医疗意外提供保险保障，本人自愿投保。

患者签字：  日期： 2020-3-24 15:57:38

☐ 患者本人 ☒ 患者家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

医生签字： 蔡柳新 签字时间： 2020-3-24 15:53:59

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 新冠肺炎疫情期间手术/操作/侵入性检查知情同意书

1 您的主诊医生是： 蔡柳新 您的经管医生是： 何石林

2 这是一份新冠肺炎疫情期间有关手术/操作/侵入性检查的告知书。目的是告诉您新冠肺炎疫情期间有关手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读，若有任何疑问，请您及时告知您的主管医生，并经充分沟通后，您再决定是否同意进行手术/操作/侵入性检查。

3 情况介绍

基于目前新冠肺炎疫情形势，医院作为抗击疫情的最前线，人员密集、流动性大等因素是新冠肺炎病毒感染的相对高危区域。如您有下列相关危险因素之一：①发病前两周内有湖北地区，温州台州地区旅行史、居住史；或发病前14天内曾经接触过来自湖北地区，温州台州地区的发热伴有呼吸道症状的患者；或居住地有聚集性发病。②发热；③近期有乏力、干咳或腹泻，呼吸困难等症状；④有新冠肺炎确诊或疑似患者接触史。

如病情许可，我们建议暂不宜行相关手术/操作/侵入性检查，可待疫情结束后另行预约。如病情确实需要限期手术/操作/侵入性检查等治疗，在确认排除上述相关危险因素后，根据相关部门要求，我们安排您在手术/操作/侵入性检查前行血常规及胸部CT检查等相关检查，以排除无症状新冠病毒感染，请予以配合。

4 由于医学客观的局限性，因已知或未知的原因，任何手术/操作/侵入性检查都有可能：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡。因此，医生不能对手术/操作/侵入性检查的结果作出任何的保证。您有权知道手术/操作/侵入性检查的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外，医生在没有和您进行手术知情告知并获得您的书面同意前，不会对您施行手术/操作/侵入性检查。在手术/操作/侵入性操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本手术/操作/侵入性检查。

4 目前诊断： 胰腺占位性病变

拟施行的手术/操作/侵入性检查名称：腹腔镜探查，胰体尾切除，各联合脾脏切除

5 医生会用通俗易懂的语言给您解释：

5.1 手术/操作/侵入性检查的性质、目的、预期的效果：

切除病灶，明确性质

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险：

a 手术中可能出现的意外和危险性：

麻醉意外；

难以控制的大出血；

药物过敏；

导致死亡或无法挽回的脑死亡；

术中心跳呼吸骤停；

情况变化导致手术进程中断或更改手术方案；

不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤，将导致患者残疾或带来功能障碍；

其它：

b 手术后可能出现的意外及并发症：

术后出血；

局部或全身感染；

切口裂开；

脏器功能衰竭（如弥漫性血管内凝血）；

水电解质平衡紊乱；

术后气道阻塞；

呼吸、心跳骤停；

诱发原有疾病恶化；

术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符；再次手术；

其它：

5.3 针对上述情况将采取的防范措施：

基于术中及术后可能出现的各种并发症，我们将根据现代医疗规范，采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全，使治疗过程顺利完成：

1) 术前：①认真评估病人，选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查，如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。

2) 术中：①严密监测生命体征变化，保持生命体征平稳，备齐各种急救设备，随时处理术中出现的各种情况；②仔细操作，动作轻柔、准确。③严密止血。④严格遵守无菌操作规范

3) 术后：严密监测生命体征及手术部位变化，并根据情况针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗。

4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。

5) 其它

5.4 可供选择的其它治疗方案：1. 保守治疗 2. 腹腔镜手术 3. 开腹手术

您选择：腹腔镜手术

6 如需植入内置物，您同意选择的（如骨科内固定、起搏器等）类型及厂家：

7 您的主刀医生是：蔡柳新，助手：何石林 等

手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士，必要时邀请病理、放射医生及其它医务人员参加。

8 拟定的手术/操作/侵入性检查将根据本知情书决定的方式进行，术中如有紧急或事先没有预料的情况发生，医生将及时与您或患者委托授权人取得联系，根据出现的情况，医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作/侵入性检查。

9 如果您的医生认为在手术/操作/侵入性检查期间您需要输血或血液制品，他/她将会告诉您有关输血或血制品的风险、利弊。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

10 病理医生将对在手术/操作/侵入性检查中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。术中可能需要病理医生对部分组织进行冰冻切片诊断，冰冻切片质量远较常规石蜡切片为差，其诊断正确率最高仅达95%左右，存在误诊及微小病灶漏诊的可能；部分病例在常规石蜡报告出来后可能要要进行第二次手术。对此，患者及其家属应予以充分理解。

您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片（有可能将其发表）作为医疗和教学之用。

11 新冠肺炎疫情期间行 腹腔镜探查，胰体尾切除，备联合脾脏切除 额外风险告知

医院虽已尽可能采取措施预防和排查，您仍不能完全排除新冠肺炎可能；由于疫情复杂性及医院特殊环境，新冠肺炎感染仍有一定概率发生，医务人员已告知相关风险。我理解由于情况的特殊性 & 医疗技术的局限性，不排除行 腹腔镜探查，胰体尾切除，备联合脾脏切除 期间发生新冠肺炎感染，并承诺已如实告知医务人员相关情况并愿意承担相关法律风险，排除全部新冠肺炎感染危险因素，本人及家属愿承担一切相关后果。

12 为了确保您对上述内容的准确理解，在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前，医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问，希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示：

我已理解，同意手术/操作/侵入性检查，并愿意承担风险。（请签名人复写）

我已理解、同意
手术，并愿意承担风险

患者签字： 日期： 2020-3-24 15:58:6

☐ 患者本人 ☒ 患者家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

医生签名： 蔡柳新 签字时间： 2020-3-24 15:55:31

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 患者知情选择书

患者知情选择书

尊敬的患者及家属：根据国务院《医疗事故处理条例》第十一条的规定：“在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果”；卫生部《病历书写基本规范（试行）》第十条规定：“对按照有关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、实验性临床医疗等），应当由患者本人签署同意书；患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其近亲属签字；没有近亲属的，由其关系人签字。”为切实履行患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请你们根据自己的实际情况，慎重考虑，选择确定作为患者病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

本人因病入住浙江大学医学院附属邵逸夫医院接受诊治。根据上述规定，经慎重考虑，我选择：

☒ 我自己

☒ 授权他人（必须同时填写授权书）作为本人在住院诊疗期间的所有医疗行为（包括病情、医疗措施、医疗风险等）的被告知者，并签署各项医疗活动知情同意书。

☐ 监护人 （☐ 新生儿 ☐ 未成年人 ☐ 昏迷 ☐ 精神病 ☐ 醉酒状态

☐ 其他：)

患者签名： 签字日期： 2020-3-24 16:37:54

患者授权书

经慎重考虑，我在此授权[redacted]作为我在院诊疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，全权处理本人在诊疗过程中的一切事务，并在需患者签名以示知情、同意的医疗文书上签字，代理本人行使知情同意权和选择权。一经授权人签字，本授权书即生效；被授权人之行为视同本人知悉与同意，经代理人签名同意后所实施的诊疗行为，若产生不良后果将由本人承担。

患者签名：

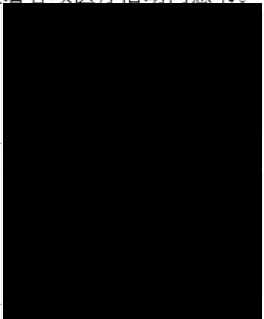


签字日期：2020-3-24 16:37:38

以上内容由患者本人填写

本人（指被授权人，如患者家属、法定代理人等）接受患者[redacted]的委托，同意作为该授权人在本次住院医疗期间所有医疗行为（包括病情、医疗措施、医疗风险等）的被告知者，接受授权签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名：
与患者关系：女



身份证号码：[redacted]

被授权人签名：
与患者关系：母亲

身份证号码：[redacted]

被授权人签名：
与患者关系：



身份证号码：

医生签名：蔡柳新 签字时间：2020-3-24 16:34:10

浙江大学医学院附属邵逸夫医院

麻醉知情同意书

患者性别：女 年龄：59

术前诊断：胰腺占位，神经内分泌肿瘤

拟行手术方式：腹腔镜探查,胰体尾切除术

根据手术治疗和诊断检查的需要，患者需要进行麻醉，麻醉和麻醉操作一般是安全的，虽然在麻醉前已经采取力所能及的预防措施，但由于个体差异也有可能发生麻醉意外和并发症，现告知如下，包括但不限于：

1 麻醉过程中可能进行一下某一项或多项操作，包括气管插管、椎管内穿刺、周围神经阻滞、深静脉穿刺置管术、动脉穿刺置管术、喉罩插入、气管切开术、气管支气管插管、食管超声波检查、有创血液动力学检测等。这些操作均可能引起组织出血、神经损伤、创伤、感染、坏死等。

2 根据麻醉操作常规、按照《中华人民共和国药典》要求，使用各种、各类麻醉药后，病人出现中毒、过敏、高敏、神经毒性等反应，导致休克、严重脏器功能损害、呼吸心跳停止，甚至生命危险。

3 麻醉时，特别是急症饱腹病人发生胃内容物反流、误吸、喉痉挛、呼吸道梗阻、神经反射性休克和心率失常等而导致重要脏器功能损害，危及生命。

4 气管插管可引起牙齿脱落、口唇、舌、咽喉、声带、气管和支气管损伤，喉痉挛、气管痉挛、支气管痉挛及功能损害，甚至环杓关节脱位。气管插管困难气到不能维持时，可能需要进行紧急气管切开术，缺氧时可危及生命。

5 椎管内麻醉及区域麻醉发生神经、血管、脊髓等组织结构损伤，可能出现脊髓麻醉、截瘫、椎管内感染、血肿、腰痛、头痛、肢体伤残、甚至呼吸心跳停止等危及生命。

6 患者本身合并其他疾病或有重要脏器功能损害者，相关并发症和麻醉危险性显著增加。

7 授权麻醉医师在病人病情治疗必要时使用自费麻醉和抢救药品及物质。

8 麻醉方法的选择和改变由实施麻醉的医师根据病情和手术的需要决定。

9 可能发生术中知晓、术后回忆和术后认知功能的障碍。

10 其他发生率极低或难以预料的意外和并发症，以及其他不可预料的不良后果。

11 麻醉手术中输血输液可能发生热源反应、过敏反应、血源性传染病等。

12 为了节约患者的输血费用；避免同种抗体所致的溶血、发热、过敏及异体输血配型失误造成不幸事故或因异体输血后肿瘤复发率增高的风险；减少术后感染，避免输血相关性感染，如肝炎病毒、艾滋病病毒和其他血源性致病源，麻醉医生根据具体手术情况，选择自身输血治疗，已告知患者或家属相关的益处和可能存在的不良反应或并发症：

☐ 适用：（ ☐ 同意：回收式自身输血/急性等容血液稀释（ANH） ☐ 不同意 ）

☒ 不适用

13 急症手术麻醉危险性明显高于择期手术患者，手术室外麻醉操作危险性明显高于手术室内麻醉的患者。

14 术后镇痛的并发症：呼吸循环抑制、镇痛不全等。

15 麻醉方式的选择一般因人而异，麻醉医生将在手术前为您做病情分级和重要脏器功能估计，然后根据您的全身情况、手术部位、手术范围和手术时间长短等决定麻醉方式。

拟施行的麻醉方案：☒ 全身麻醉

16 ☒ 告知患者或家属，主管麻醉医生可能根据患者健康、手术情况及患者意愿，在手术前临时更改麻醉方式，以达到患者利益最大化的目的。

17 要求术后镇痛：☒ 是 ☐ 否

术后镇痛方案的选择：☒ 静脉自控镇痛

我院麻醉科医师将切实做好麻醉前准备，按麻醉操作常规认真做好麻醉及防范措施，以良好的医德医术为患者施行麻醉，力争将麻醉风险降低到最低限度。

特别提醒：我完全知道浙江大学医学院附属邵逸夫医院是一所医疗、教学和科研相结合的学术医疗中心，患者麻醉过程中可能有实习医师、进修医师、住院医师、护士或见习医师，以及一些与医学相关的训练人员参与其中。我还知道用于患者诊断和治疗的组织、血液或其它标本可能由医院或医院的科研人员在以后用于教学和研究。

我已详细阅读以上内容，对麻醉医师详细告知的可能发生的并发症及各种风险表示完全理解，经慎重考虑，我同意实施麻醉，自行承担由此引起的风险。我明白在实施麻醉期间，在不可预见的情况下，可能需要变更麻醉方案或附加其他操作，我授权麻醉医师在遇有紧急情况是，为保障患者生命安全实施必要的救治措施，并保证承担全部所需费用。我知道在麻醉开始之前，我可以随时签署《拒绝医疗同意书》，以取消本同意书的决定。

谈话麻醉医生 倪敬美 地点: 病房

本麻醉提请患者及家属注意的其它事项:

无

根据国务院701号条例：医疗（手术）意外险为可能发生的严重医疗意外提供保险保障，本人自愿投保。

患者签字: 日期: 2020-3-24 19:53:52

☒ 患者本人 ☐ 患者家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

医生签字: 倪敬美 签字时间: 2020-3-24 19:50:11