

四川大学华西医院 手术知情同意书

| | | | | |
|--|------|-------|-------|--------|
| 科: | 床号: | 患者姓名: | 性别: 女 | 年龄: 33 |
| 身高: 155cm | 登记号: | 联系电话: | | |
| 临床诊断: 子宫肌瘤 | | | | |
| 疾病介绍和治疗建议 | | | | |
| 医生已告知我患有 子宫肌瘤 | | | | |
| 需要行 腹腔镜子宫肌瘤切除术 手术。 | | | | |
| 手术潜在风险和对策 | | | | |
| <p>医生告知我手术可能发生的一些风险如下, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同。我可与医生讨论有关我手术的具体内容, 有特殊问题我可与医生讨论。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, 包括轻度的恶心、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: <ol style="list-style-type: none"> 1) 麻醉并发症 (详见麻醉知情同意书); 2) 术中、术后大出血, 严重者可致休克, 甚至死亡; 3) 术中根据具体病情改变手术方式; 4) 术中损伤神经、血管及邻近器官; 5) 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、脂肪液化、伤口不愈合, 瘘管及窦道形成; 6) 血管栓塞: 严重者可导致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命安全; 7) 呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等; 8) 循环系统并发症: 心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停; 9) 尿路感染及肾衰; 10) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫等; 11) 精神并发症: 手术后精神病及其他精神问题; 12) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞等; 13) 术后多器官功能衰竭 (心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、胃肠道功能等), 凝血功能障碍, 播散性血管内凝血 DIC 等, 危及生命; 14) 水电解质酸碱平衡紊乱; 15) 诱发原有疾病恶化; 16) 术后病理报告与术中冰冻活检结果不符; 17) 再次手术; 18) 其他不可预料的不良后果; 19) 专科可能出现的意外和并发症如下: | | | | |
| <p>术前准备: 术前禁食、禁水、术前备皮、术前用药、术前心理疏导。</p> | | | | |

20) 本手术提请患者及亲属注意的其他事项:

手术风险告知, 术前术后注意事项

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些可能会加大风险, 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、咳痰不力, 或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我病情、将要进行的手术方式、该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及其预后, 并且解答了我关于该手术的相关问题。
- 我要求施行手术, 并理解手术并发症和手术风险。
- 我授权在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我授权医师根据手术中具体情况做快速冰冻活检。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或采取的血液等标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理, 以及用于教学、科学研究等。
- 我并未得到手术和治疗百分之百成功的许诺。

患者签名 _____

签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者无法或不宜签署该手术知情同意书, 请授权的代理人或近亲属在此签名:

患者授权的代理人或近亲属

关系 _____

签名日期 2018 年 7 月 23 日

联系电话: _____

医生陈述

我已经告知患者的病情、将要进行的手术方式、该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及其预后, 并解答患者关于该手术的相关问题。

医生签名 _____

签名日期 18 年 7 月 23 日

四川大学华西医院 住院患者知情同意书

患者姓名:

科室:

胃肠外科

登记号

尊敬的患者或患者的法定监护人、授权委托人:

您好!感谢您对我院的信任并选择到此住院治疗,我们愿为您提供优质的医疗服务,并希望您对我们的服务随时提出宝贵意见和建议。医院是诊疗疾病的场所,为了您能够早日恢复健康,且便于医护人员实施诊疗护理行为,我院根据相关法律法规作出以下告知:

(一) 住院期间请患者不要外出。

擅自离院可能发生如下后果,例如:1、病情加重、恶化,严重并发症,比如:出血、感染等。2、院外意外伤害。3、猝死或非医源性意外死亡。4、病情变化无法及时诊治;5、各类医疗保险报销障碍风险。6、其他的无法预料的意外。7、住院患者外出超过24小时,医务人员将按自动离院处理。8、医院是公共场所,住院患者擅自离院,一切后果自负。

(二) 为了便于患者的诊治,住院期间的检查均由中央运输联系和接送。

请您在外出检查过程中需注意如下事项:1. 预约的检查,请按照预约单的要求做好准备;2. 外出检查过程中,请穿好衣服,注意保暖,防止受凉;3. 如果病情有特殊要求,请先告知推送检查的运输员;4. 中央运输员循环推送患者,不是一对一服务,到达检查点后请在检查室外排队等候检查。5. 做完检查后请在检查室外等候,不要自行离开,以便运输员推送患者回病房;6. 如果中央运输员未及时赶到,请拨打电话:85422109/85423125,若自行离开,可能发生以下不良后果:1) 病情加重、病情恶化、甚至猝死;2) 迷路耽误时间而影响其他治疗或检查等;3) 意外伤害,如走失、摔伤;4) 病情变化而不能得到及时的诊治等。

(三) 我院系教学医院,为了医学事业的发展,有医学生和试用期医学毕业生在临床带教教师和上级医师的指导下实施以下临床实践活动:接触观察患者、询问患者病史、进行体格检查、查阅患者有关资料、参与分析讨论患者病情、书写病历、填写各类检查、处置单、医嘱

和处方，对患者实施有关诊疗操作，参加有关的手术等。

（四）用药有风险，所有药物在发挥治疗作用的同时都有不同程度的毒副作用，少数病人用药后可能发生过敏反应和其他严重症状，这是由于基因多态性决定且在用药前难以预测，一旦患者在用药后感到任何不适，请及时告知主管医生或护士。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

1. 我已知晓并理解上述内容和相关风险，并承诺因不履行或延误履行上述义务而发生不良后果的，由患方自行承担。

2. 我已知晓当患者因为知识有限，难于单独作出决定时，可自行聘请医学顾问作出决定。

3. 我已知晓并同意当患者失去民事行为能力时，由患者监护人代为履行其法定权利与义务。

患者监护人或者代理人应定期探视或陪伴患者、了解病情、交纳医疗费用、并处理与患者有关的其他事务等。因监护人或代理人不履行或延误履行相关义务产生的不良后果由患方自行承担。

患者签名

联系电话：

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在以下签名：

患者授权的代理人或近亲属签

与患者关系：

联系电话：

2018年 7 月 23 日

医务人员陈述：

我已告知患者/患者授权的代理人或近亲属上述文书的相关内容。

医护人员签名：

18 年 7 月 23 日