





# 首都医科大学附属北京友谊医院

## 手术说明知情同意书



师  
说  
明

- ☐5、术中可能出现移植肾超急性排斥反应导致移植肾切除；
- ☐6、术中损伤周围脏器，腹膜、肠道损伤等，出现相应并发症，需进一步治疗；损伤周围神经，导致暂时或永久相应功能障碍；
- ☐7、术后遗留肠道功能障碍，肠梗阻等；
- ☐8、术后局部或下肢静脉血栓形成，血运障碍，导致相关并发症，如肺栓塞、组织、肢体缺血性坏死，危及生命；动静脉血栓形成，无法正常服用；
- ☐9、术后早期可能出现移植肾破裂、大出血、延迟出血、休克；血管栓塞；各吻合口（血管、输尿管）狭窄；尿瘘；移植肾急性肾小管坏死；急性排斥反应；移植肾动静脉瘤形成；移植肾动静脉破裂导致出血；输血治疗，严重者需二次手术治疗，可能切除移植肾，危及生命；
- ☐10、术后长期出现急性排斥、慢性排斥反应、慢性移植肾肾病等并发症导致移植肾功能减退；
- ☐11、术后长期服用免疫抑制药物等导致肝肾损害（严重者出现肝肾功能衰竭）、神经损害、糖尿病、高血压、脑出血、蛋白尿、局部或全身感染（如伤口感染、呼吸系统、泌尿系统、消化系统感染、菌血症、败血症）、血液系统疾病以及各种肿瘤发生等并发症；
- ☐12、术中、术后酸性代谢产物回入循环，导致心律失常、心跳骤停等并发症，危及生命；
- ☐13、手术应激反应导致呼吸循环及大脑血管等重要脏器功能障碍或衰竭，如大面积脑梗塞、脑出血、急性呼吸窘迫综合征、急性肺水肿、肺栓塞、急性左心衰、严重心律失常、应激性溃疡、消化道出血等，危及生命；
- ☐14、术后切口脂肪液化、感染，皮缘坏死，切口愈合不良，延迟愈合或不愈合，切口裂开，需长期换药等治疗；术后切口疝，严重者需手术治疗；
- ☐15、术后延迟出血，根据情况输血，可能二次手术止血，严重者休克甚至生命危险；
- ☐16、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、DIC，可能导致死亡；
- ☐17、术后由于各种原因，如排斥反应、药物副作用等，可能引起移植肾功能障碍，移植肾功能丧失，必要时需行移植肾穿刺活检术，便于诊断、治疗以利于移植肾的恢复；
- ☐18、由于供肾冷、热缺血时间导致缺血再灌注损伤、供肾血管畸形、损伤等情况，导致移植后可能出现移植肾功能延迟恢复等，导致移植肾功能不全甚至丧失，需要血液透析治疗（一过性或长期）严重者可能需切除移植肾，甚至引发生命危险；
- ☐19、供者预存的肿瘤或特殊感染转移至受者；
- ☐20、如患者合并高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张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；
- ☐21、如果是第二次或多次移植，术中移植肾超急性排斥反应导致移植肾切除以及术后急性排斥发生





# 首都医科大学附属北京友谊医院

## 手术说明知情同意书



的风险增高，移植肾长期存活率降低等可能；

☐22、如果患者本人体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果；

☐23、虽然医生已经尽了最大的努力，但是移植肾的近远期效果仍未知；

☐24、手术并不是百分之百成功；

☐25、患者授权医师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；

☐26、其他不可预知情况。

### 【术后主要注意事项】

1. 监测生命体征；

2. 规律抗排斥；

3. 预防感染，积极补液，维持肾灌注；

4. 监测移植肾功能及免疫抑制剂血药浓度。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，敬请理解。

### 【拒绝手术可能发生的后果】继续目前肾替代治疗

我已向患者/患者近亲属/法定监护人/委托人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人/委托人已知并充分理解了上述信息。

经治医师签名：张健 签名时间 2017 年 8 月 31 日 18 时 00 分 签名地点：肾一

术者签名确认：张健

患者/患者近亲属/法定监护人/委托人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症 1-26（请患者本人/委托人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理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、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

（请患者/患者近亲属/法定监护人/委托人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）







# 首都医科大学附属北京友谊医院



## 手术说明知情同意书

告知 情 同 意 内 容	<p>我已认真倾听并阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容</p> <p>我 <u>同意</u> (填写“同意”) 接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。</p> <p>并授权医师: 在术中或术后发生紧急情况下, 为保障患者的生命安全, 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。</p> <p>患者签名: <u>[Signature]</u></p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人签名: <u>[Signature]</u> 与患者关系: <u>夫妻</u> 联系电话: <u>[Phone Number]</u></p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码: <u>[ID Number]</u></p> <p>签名时间 <u>2017</u> 年 <u>8</u> 月 <u>31</u> 日 <u>18</u> 时 <u>00</u> 分 签名地点: <u>急诊</u></p> <p>我 _____ (填写“不同意”) 接受医师建议的手术方案, 并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。</p> <p>患者签名: _____</p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人签名: _____ 与患者关系: _____ 联系电话: _____</p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码: _____</p> <p>签名时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分 签名地点: _____</p>
	备注





# 首都医科大学附属北京友谊医院



## 放射介入科诊疗知情同意书

科别	介入科	床号	7-2	姓名	张某某	性别	男	年龄	37	住院号	568521
术前 诊断	肾移植术后										
检查/治疗的项目名称： 1.全脑血管造影术 2.大血管（升主动脉，胸腹主动脉）及四肢血管造影术 3.支气管动脉造影术，化疗及栓塞术 4.肝动脉造影术，化疗及栓塞术 5.脾动脉造影及栓塞术 6.经皮肝胃左静脉栓塞术 7.经皮肝内，外胆道引流或/和支架置入术 8.经皮肝门腔静脉分流术（TIPS） 9.肾动脉造影术，栓塞及肾动脉狭窄球囊扩张，支架置入术 10.子宫动脉造影术，子宫肌瘤动脉栓塞术 11.腹腔，盆腔及四肢良，恶性肿瘤血管造影术，化疗，栓塞术 12.食道狭窄球囊扩张术或支架置入术 13.支气管狭窄球囊扩张及支架置入术 14.头颈部及四肢血管狭窄球囊扩张，支架置入术 15.下腔静脉滤网置放术 16.其它											
一、因病人个体差异及某些不可预测的因素，在接受手术时可能出现下列并发症及风险： 1.过敏反应（包括造影剂及麻醉剂） 2.严重恶性心律失常 3.感染（包括局部及全身） 4.急性肺栓塞 5.血管损伤，出血（包括动脉或静脉大出血）及局部血肿 6.血栓栓塞（动，静脉系统），7.支架术后再次狭窄 8.手术不成功 9.肝，肾功能受损 10.心，肺功能意外 11.相邻脏器栓塞 12.其它											
二、除上述情况外，本例检查/治疗根据该患者的特点再次强调： 肾移植术后，肾动脉狭窄											
三、出现上述各项并发症的治疗对策： 此项检查/治疗的执行医生应按医疗操作规则认真准备，仔细观察和操作，最大限度地避免上述并发症的发生。我们一定以高度的责任心，尽力做好我们的工作。 上述并发症出现后，我们会立即采取相应措施，对危及生命的并发症，我们可能来不及征求被委托人的意见，需要紧急输血，深静脉置管，心外按压，心内注射，电除颤，气管插管，人工机械通气等抢救生命的紧急措施，希望得到家属的同意，理解。											
四、患者和家属应履行交费手续。											
五、我已认真阅读了本知情同意书，对该项检查/治疗可能出现的意外和并发症有了全面的了解，我同意接受检查/治疗。如发生意外紧急情况，同意接受贵科的必要处理。											
患者签字：张某某 或被委托人签字： 被委托人与患者的关系：											
医师签字：张某某											
签字日期：2018年2月1日											





# 首都医科大学附属北京友谊医院

## 手术说明知情同意书



尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有此手术的适应症，建议您采取手术治疗，特向您详细介绍和说明：病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险（包括术中或术后可能出现的并发症等）和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等，以便您理解相关手术情况，帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高，发生意外事件不能完全避免，建议您术前购买手术意外保险，分担手术风险）

一 般 情 况	患者姓名：[REDACTED] 性别：男 年龄：37岁 科室：血管外科 病房或病区：血管外科 病案号：568521 身份证号码：[REDACTED] 登记号：00826686
	<p>【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） 发现移植肾动脉狭窄10天。</p> <p>【过敏史】无</p> <p>【术前诊断】1、移植肾动脉狭窄；2、同种异体肾移植状态；3、左下肢深静脉血栓形成；4、肾移植术后；5、左肾囊肿；6、双肾萎缩；7、门脉高压症；8、盆腔积液（少量）；9、移植肾动脉动脉瘤</p> <p>【替代医疗方案】（目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍） 1、药物保守治疗；2、血管腔内介入手术治疗；3、开放手术治疗。</p> <p>【拟行手术适应症】患者移植肾动脉狭窄诊断明确，术前化验检查未见绝对手术禁忌症；患者及家属要求手术。</p> <p>【建议拟行手术名称】大动脉造影+移植肾动脉造影、各球囊扩张支架植入术</p> <p>【手术目的】缓解动脉狭窄，恢复肾脏血供，挽救缺血肾脏</p> <p>【手术部位】移植肾动脉</p> <p>【麻醉方式及风险】局麻强化</p> <p>经治医师签名：[REDACTED] 患者/患者近亲属/法定监护人/委托人签名：[REDACTED] 时间：2018年02月28日 地点：血管外科</p> <p>【患者自身存在危险因素】患者长期服用激素及抗排斥药物，血管脆性增大。</p> <p>【拟行手术禁忌症】暂无绝对手术禁忌症</p> <p>【手术风险，包括术中或术后可能出现的并发症等】 1. 麻醉意外；2. 术中、术后心脑血管意外；突发心梗、脑梗、脑出血致死亡；3. 术中、术后大出血，中转手术，肾切除可能；4. 术中损伤周围血管神经；造影显示肾动脉不适合支架植入；5. 支架植入后血栓形成；6. 术后感染；7. 穿刺点渗血，局部血肿；8. 假性动脉瘤形成；9. 术后急性肾功能衰竭；10. 肝肾功能损害；11. 下肢深静脉血栓形成，肺栓塞；12. 动脉夹层形成；13. 损伤肾脏，出血；14. 术后血尿；15. 支架植入失败；16. 器械故障；17. 造影剂过敏反应，休克；18. 支架植入后血压不能下降、肾功能无改善；19. 术中若发现下肢动脉狭窄闭塞，行下肢动脉球囊扩张、支架植入术；20. 左下肢深静脉血栓加重，脱落，引起致死性肺栓塞可能，21. 其他手术意外情况。</p> <p>【术后主要注意事项】1. 穿刺点弹力绷带加压包扎，动态观察有无出血；2. 监测生命体征，观察病情变化，控制血压；注意患者腹部症状；3. 扩血管及抗凝治疗，预防静脉血栓形成。</p>







# 首都医科大学附属北京友谊医院

## 手术说明知情同意书



说明	<p>由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。</p> <p>【拒绝手术可能发生的后果】移植肾动脉狭窄进一步加重，移植肾缺血坏死。</p> <p>我已向患者/患者近亲属/法定监护人/委托人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人/委托人已知并充分理解了上述信息。</p> <p>经治医师签名：<u>  Jm  </u> 签名时间<u>  2018  </u>年<u>  2  </u>月<u>  27  </u>日<u>  14  </u>时<u>  50  </u>分 签名地点：<u>  Curf  </u></p> <p>术者签名确认：<u>  L  </u></p>
患者知情同意内容	<p>患者/患者近亲属/法定监护人/委托人确认：</p> <p>医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症（请患者本人/委托人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理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、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。</p> <p>医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。</p> <p>（请患者/患者近亲属/法定监护人/委托人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）</p> <p><u>  我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特  </u></p> <p>我<u>  同意  </u>（填写“同意”）接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。<u>  做以下手术  </u></p> <p>并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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。</p> <p>患者签名：<u>                    </u></p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人签名 <u>                    </u> 与患者关系：<u>  夫妻  </u> 联系电话：<u>  136127146  </u></p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码 <u>  </u></p> <p>签名时间：<u>  2018  </u>年<u>  2  </u>月<u>  27  </u>日<u>  14  </u>时<u>  50  </u>分 签名地点：<u>  急诊外科  </u></p> <p>我<u>          </u>（填写“不同意”）接受医师建议的手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。</p> <p>患者签名：<u>                    </u></p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人签名：<u>                    </u> 与患者关系：<u>                    </u> 联系电话：<u>                    </u></p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码：<u>  </u></p>



首都医科大学附属北京友谊医院

手术说明知情同意书

	签名时间：__年__月__日__时__分 签名地点：_____
备 注	患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由：
	记录人：_____
	见证人：_____ 见证人身份证号码：_____
	时间：_____年__月__日__分
	地点：_____
	如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。 也可请医务人员或其他知情患者签名证实。