



知情同意书

经尿道左侧输尿管支架管置入，腹腔镜+-开放左侧精囊腺切除术

患者姓名：[REDACTED]	性别：男	年龄：44岁
病人号：[REDACTED]	科室：泌尿外科	床号：06
拟手术日期：2018.01.30	拟定手术医师：程小宝，姚铭广	

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 左侧精囊腺肿瘤，需要在 全身 麻醉下进行 经尿道左侧输尿管支架管置入，腹腔镜+-开放左侧精囊腺切除术 手术。其他

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，具体的手术方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及医生的对策，包括但不限于下列内容：
 - 1) 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；
 - 2) 术中、术后发生大出血，严重者可致休克，危及生命；
 - 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异而变更术式；
 - 4) 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合，瘘管及窦道形成；
 - 5) 脂肪、羊水栓塞：严重者可致昏迷及呼吸衰竭，危及生命；
 - 6) 呼吸并发症：肺不张、肺部感染、胸腔积液、气胸等；
 - 7) 循环系统并发症：心律失常、心肌梗死、心力衰竭、心跳骤停；
 - 8) 尿路感染及肾功能衰竭；
 - 9) 脑并发症：脑血管意外、癫痫；
 - 10) 精神并发症：手术后精神病及特别的其他精神问题；
 - 11) 血栓性静脉炎，致肺栓塞、脑栓塞；
 - 12) 多脏器功能衰竭（包括弥散性血管内凝血）；
 - 13) 水、电解质平衡紊乱；
 - 14) 诱发原有疾病恶化；
 - 15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符；
 - 16) 再次手术；
 - 17) 因病灶或患者健康的原因，终止手术；
 - 18) 肿瘤病灶切除不全，或肿瘤残体存留；术后病理切缘肿瘤阳性，术后肿瘤转移，术后复查身体其他部位转移灶
 - 19) 术中损伤神经、血管及邻近器官，术后勃起功能障碍；术后尿失禁
 - 20) 其他：术中损伤结直肠等肠管，需要术中修补或长时间肠造瘘，二次手术回纳等，术中输尿管损伤，需要





修补吻合，或二次手术处理，留置输尿管支架管相关并发症，术后1-2月拔除。

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。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，除上述风险以外，还可能出现以下特殊并发症或风险：

术中冰冻病理可能出现的风险

手术中冰冻切片检查是临床医师在实施手术过程中，就与手术方案有关的疾病诊断问题请求病理医师快速进行的紧急会诊，手术中冰冻切片检查可能出现的风险和注意事项：

1. 冰冻切片诊断仅为手术医师提供参考性意见，它具有局限性，其准确率一般在95%左右。
2. 一些病变单靠冰冻切片难以鉴别良恶性，为防止对患者造成不必要的损伤，病理医师遇到不典型或可疑恶性时会在冰冻报告中提示等待常规石蜡切片诊断。
3. 冰冻报告不能作为最后诊断，最后诊断必须等待石蜡切片。
4. 冰冻报告与常规石蜡切片报告可能不一致，此时以石蜡切片诊断报告为准。手术方案有可能因此发生改变。
5. 您在慎重考虑风险与危害后，有权“接受”或“拒绝”冰冻检查，而等待“常规石蜡切片诊断”。

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

替代医疗方案：开放左精囊腺肿瘤切除术

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式作出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。
- 我 ☐ 接受术中冰冻病理检查 ☐ 拒绝术中冰冻病理检查，等待常规石蜡切片诊断

患者签名 [Signature]

签名日期 2018 年 1 月 29 日

如果患者无法签署知情同意书，请其监护人或近亲属在此签名（以下为签名人填写资料）：

患者监护人或近亲属签名 [Signature] 与患者关系 妻子 签名日期 2018 年 1 月 29 日

身份证号 [ID Number] 联系电话 [Phone Number]

授权见证人签名（限紧急情况，无监护人或近亲属在场时，副顾问以上医生）：

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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名及盖章 [Signature and Stamp]

签名日期 2018 年 1 月 29 日

