



青岛大学附属医院 手术知情同意书

登记号: 0002664737

姓名: [REDACTED]

住院号: 1112109

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 44岁

住院号: 1112109

日期: 2019年03月13日

科室: 崂山胸外科

床位: 18

诊断: 肺部阴影(双侧) 印戒细胞癌 胃癌术后 肝移植术后 乙型病毒性肝炎

疾病介绍和治疗建议: 病人术前诊断(拟诊)为肺部阴影,建议在气管插管全身麻醉下,根据术中探查情况决定行胸腔镜下肺病损切除术(右)。

手术替代方案: 1. 内科治疗; 2. 肿瘤科治疗(放疗、化疗等); 3. 介入治疗: 粒子植入等; 4. 中医中药等; 5. 手术技术包括开胸手术、胸腔镜手术。

肺切除是治疗肺部疾病最常用的手术方法之一。对于一些肺良性疾病,如肺良性肿瘤,支气管扩张症,肺动、静脉瘘,肺隔离症等,需行手术治疗,根据病变情况决定行肺楔形切除/肺段切除/肺叶切除术/全肺切除术。

对于肺恶性肿瘤,肺叶切除加肺门和纵隔的淋巴结清扫是治疗早、中期肺癌的主要方法。对周围型肺癌,一般行解剖型肺叶切除术;对中心型肺癌,一般行肺叶或一侧全肺切除术。如肿瘤侵及局部主支气管或中间支气管,可以切除病变的肺叶及一段受累的支气管,再吻合支气管上下缘。

胸腔镜肺叶切除术的早期和晚期并发症基本同开胸肺叶切除术。胸腔镜手术创伤小、痛苦轻、术后恢复较快,术后胸部并发症的发生率通常相对较低,但对手术技术要求较高。存在的风险及对策:

医生告知我如下胸腔镜肺切除或开胸肺切除手术可能发生的一些风险,有些不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和医生的对策:
 - 1) 麻醉意外;
 - 2) 术中中心脑血管意外、大出血、中转开胸甚至体外循环止血,休克、植物人,甚至死亡;
 - 3) 术中损伤周围组织,重要神经、血管、脏器;
 - 4) 术中根据具体病情改变手术方式;
 - 5) 胸腔镜手术困难,中转开胸手术;肿瘤无法切除,开关胸;
 - 6) 肿瘤或病变侵犯重要脏器无法切除;肿瘤切除不净,姑息性切除,缓解症状;
 - 7) 术后心脑血管意外,可致死亡;术后出血,可致死亡;
 - 8) 术后复发、转移;
 - 9) 术后伤口感染,伤口愈合不良/裂开;
 - 10) 术后多器官功能衰竭(包括急性肾功能衰竭及DIC等);
 - 11) 术后呼吸功能衰竭,需气管插管或气管切开,长期机械通气,呼吸机依赖;
 - 12) 术后心律失常、心功能衰竭、心绞痛、心肌梗死;
 - 13) 术后气胸、血胸、脓胸、乳糜胸,需长期带管或再次手术;
 - 14) 复张性肺水肿;肺炎、肺不张,急性呼吸窘迫综合征;心疝,膈疝;皮下气肿、血肿;
 - 15) 术后局部皮肤麻木、疼痛、皮肤感觉消失;
 - 16) 单侧喉返神经损伤,术后声音嘶哑,术后呛咳;双侧喉返神经损伤,呼吸困难、窒息;
 - 17) 术后一侧肢体无汗,一侧头面部无汗,霍纳氏征;
 - 18) 下肢静脉血栓;急性肺栓塞;脑卒中;
 - 19) 肋骨骨折或肋骨部分切除;



青岛大学附属医院 手术知情同意书

登记号: 0002664737

住院号: 1112109

姓名: [REDACTED]

- 20) 肺部长期漏气, 需长期带管或再次手术解决; 术后出血、血胸、胸腔积液或脓胸, 需长期带管或再次手术解决;
- 21) 肿瘤侵犯范围超过预计范围, 需行姑息性切除、联合肺叶切除、全肺切除, 支气管袖式切除、隆突成型等方式;
- 22) 术中或术后病理提示残端阳性, 但无法进一步切除, 术后密切观察或加行放疗;
- 23) 术后乳糜胸, 需再次手术结扎胸导管;
- 24) 支气管胸膜瘘、气管食管瘘等; 支气管吻合口瘘、狭窄、破裂、咯血;
- 25) 肺扭转; 余肺坏死, 支气管残端炎;
- 26) 结核播散; 27) 其它难以预料的意外(如褥疮、泌尿系感染等);
- 28) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项, 如: 1 如果术前无病理诊断, 术中一般需要行快速病理检查, 可能良性\恶性\结核\小细胞肺癌\转移瘤等, 根据术中情况决定手术方式, 包括但不限于肺叶切除\亚肺叶切除\扩大切除\淋巴结清扫或采样等; 2 可替代治疗方案包括穿刺活检、内科综合治疗等, 已将各方案的优缺点及可能出现的情况及处理方案告知家属, 家属患者要求积极手术。3 如果病人多发结节, 本次手术仅处理右肺结节, 余结节本次手术不予处理, 不排除早期肺癌可能, 建议术后随访观察, 不排除再手术治疗可能。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: 患者双侧病灶, 本次行右肺手术, 余结节不排除早期肺癌可能, 建议术后随访观察, 不排除增大。所有的肺术后均有肺功能损失, 部分患者术后存在长期慢性不适、胸痛、气短等各种症状; 所有的肺恶性肿瘤, 无论分期, 均存在复发转移的风险。既往肝移植术后, 长期服用免疫抑制剂, 胃癌术后。围手术期用药及治疗对肝脏影响及全身影响, 导致肝脏损伤及其他可能心肺脑肾功能降低, 以及围手术期感染风险增高, 等其他并发症、意外发生, 以致患者死亡风险。术后恶性肿瘤复发、再发风险增高。

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险: 一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

医生陈述:

我已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。

手术者签名: **王勇杰**

签署日期: 2019年03月13日

患者知情选择:

医师已经告知我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我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式作出调整。我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。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名:

授权委托人或法定监护人签名:

崔红霞

与患者关系: 夫妻

签署日期:

2019年03月13日



青岛大学附属医院 特殊检查及治疗同意书

登记号: 0002664737

姓名: [REDACTED]

住院号: 1112109

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 44岁 住院号: 1112109 日期: 2019年02月12日

科室: 消化内科 床位: 11 诊断: 胃恶性肿瘤

疾病介绍和治疗建议: 医生已告知我的胃患有占位性病变, 需要在内镜下进行粘膜下层剥离术内镜下电切除术治疗。

消化道息肉尤其是腺瘤性息肉、扁平粘膜病变呈腺瘤性改变、不典型增生等是常见的癌前病变, 如不治疗, 会逐渐生长, 并可能发生癌变、溃疡、出血等并发症。为了防治上述病变的进一步发展, 可通过内镜下消化道息肉切除或内镜下粘膜切除术(EMR)或内镜下粘膜下层剥离术(ESD)等内镜治疗手段达到治疗目的。消化道早期癌以及来源于消化道粘膜下层的病变如类癌或来源于粘膜肌层的间质瘤、平滑肌瘤等病变也可通过上述内镜下治疗手段达到治疗目的。

其他可替代治疗方案:

☐ 外科手术治疗

☐ 药物治疗

☐ 其他:

操作潜在风险和对策:

医生已告知我如下内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD术可能发生的如下风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术式根据不同病人的情况有所不同。医生已经告知我关于本病的其他可替代治疗方案, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何治疗麻醉都存在风险。

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. 我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策:

内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD是内镜介入治疗中比较复杂的技术, 有一定的创伤性和危险性, 也并不能完全保证实施该项医疗措施的效果。在实施上述医疗措施的过程中/后可能出现下列并发症和风险, 但不限于: (1) 局部损伤: 胃镜检查时咽部损伤, 肠镜局部粘膜损伤, 或因呕吐出现食管粘膜撕裂; (2) 胃镜麻醉药物过敏、误吸等; (3) 心脑血管意外发生, 极少数患者由于胃镜/肠镜检查时恶心、疼痛、不适、情绪紧张等情况下可能出现心律失常、心绞痛、心肌梗死、心力衰竭以及脑出血、脑梗塞等脑血管意外, 危及生命, 当患者具有较大上述风险或出现上述情况时随时终止操作, 并在相应科室配合下给予患者及时治疗和抢救; (4) 出血: 切除病变后少数患者可导致出血, 可通过局部注射、氩气、钛夹等治疗手段达到治疗或预防目的, 不排除极少数患者需要输血、手术止血等治疗手段; (5) 穿孔: 极少数患者在操作过程中或操作完成后可能发生消化道穿孔, 并可能出现腹腔感染、腹膜炎等并发症, 甚至危及生命, 并可能需要手术治疗; (6) 因意外情况或病人特殊情况或其它原因不能完成治疗或不能一次完成治疗, 可根据病人情况决定下一步治疗; (7) 术后组织病理为癌, 并有浸润性, 需要外科手术治疗; (8) 部分患者治疗前因诊断需要需加做超声内镜检查; (9) 少数患者由于前次检查活检等原因, 病变缩小无须电切治疗或病变已自行脱落而无须治疗; (10) 部分病例病变切除后由于之前病理诊断明确无须再次送病理检查或由于客观原因造成切除标本无法取出送病理检查; (11) 胃肠道准备所造成的低血糖、肠梗阻、水电解质紊乱等并发症, 可根据具体情况给予相应处理; (12) 如有心脏起搏器患者需



青岛大学附属医院
特殊检查及治疗同意书

登记号: 0002664737

住院号: 1112109

姓名: [REDACTED]

要在治疗前调整起搏模式,避免通电时对起搏器功能的影响;(13)上述并发症严重时,可能延长住院时间,需要重症监护或施以外科手术,并因此增加医疗费用。在极少数情况下,还可能导致永久残疾,甚至死亡。

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、凝血功能障碍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.我理解术后如果我不遵医嘱,可能影响治疗效果。

6.我理解术中可能需要使用自费材料,并同意使用。

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

医生陈述:

我已告知患者将要进行的检查方式、此次检查及检查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检查的相关问题。

检查操作者为:赵清喜

经治医师签名: 赵文君

签署日期: 2019年02月12日

患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的检查或治疗方式、此次检查或治疗及检查或治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他检查治疗方法并且解答了我关于此次检查治疗的相关问题。我同意将要进行的检查或治疗方式并同意在检查治疗中医师可以根据病情对预定的检查治疗方式作出调整。我授权医师对检查或治疗切除的病变器官、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。我理解我的检查或治疗需要多位医师共同进行。我并未得到检查百分之百成功的许诺。

患者签名:

如果患者无法签署,请其授权委托人或法定监护人签名: 李霞

与患者关系: 夫妻

签署日期: 2019年02月12日