



# 四川大学华西医院

## 手术知情同意书

科室：消化内科医疗单元

登记号：

姓名：

性别：女

年龄：63岁

床号：

临床诊断：1. 原发性胆汁性肝硬化失代偿期、2. 肝性脑病、3. 脾切除术+门奇静脉断流术

麻醉方式：局部麻醉

疾病介绍，治疗方案建议及患方选择：

根据现有的医学技术，有以下治疗方案可供选择：

1. 根据现有医疗条件，可选择的手术方式如下：肝动脉分支栓塞术+自发性肠腔分流道栓塞术（必要时经皮门静脉栓塞）

2. 其他治疗方案：内科保守治疗

经医生详细介绍疾病相关知识及上述各种治疗方案，通过对各种治疗方案的优缺点、治疗费用及相关风险综合评估，我慎重选择并要求采取 / 方案进行治疗。

手术风险：

医生告知我手术可能发生的一些风险如下，有些不常见或未知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，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. 我理解手术可能发生的常规风险如下：

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、脑梗塞、脑出血等；

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) 其他不可预料不良后果；

4. 专科可能出现的意外和并发症如下：

5. 本手术提醒患者及亲属注意的其他事项：

6. 关于合并症的相关风险告知：

患方签名：



# 四川大学华西医院

## 手术知情同意书

科室：消化内科医疗单元

登记号：

我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等基础疾病或者有吸烟史，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。

7. 我理解术后如果我的体位不当、咳嗽不力，或不遵医嘱，可能影响手术效果。

8. 我知道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、手术中及手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该手术的相关问题。

我要求为我（患者）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作出调整。

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。一旦发生上述风险，我授权医生根据情况决定抢救诊疗方案，并同意支付所发生的诊疗抢救费用。

### 我的其他说明：

患者签名：

签名日期：2022年 8月 26日

如果患者无法或不屑签署该知情同意书，请其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签名：

与患者关系：

签名日期：2022年 8月 26日

### 医生陈述：

我已经告知患者的病情、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该手术的相关问题。

医师签名：

签名日期：2022年 8月 26日

患方签名：