



浙江省同德医院  
TONGDE HOSPITAL OF  
ZHEJIANG PROVINCE

姓名: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]  
性别: 男 科 别: 血管外科病房  
年龄: 69岁 床 号: [REDACTED]

## 手术知情同意书

1. 此份知情同意书是关于您接受手术的知情同意。目的是告诉您目前的诊断, 建议您进行手术的相关事项, 请您仔细阅读, 并可提出本次手术中的任何疑问, 充分理解内容后决定是否同意进行手术, 若有任何的疑虑请于签名前再与医师讨论, 医师会为您解答。

2. 任何手术都有可能达不到预期的效果; 出现并发症、损伤甚至死亡。因此医师不能对手术的结果做出任何保证。

3. 任何手术均存在较高的诊疗风险, 医师会为您解释常见的风险, 仍有部分无法预计或罕见的风险没有列出, 请您充分了解后自行决定同意或拒绝手术, 也可以选择替代方案。

4. 除发生危及您生命的紧急情况外, 在没有您的知情同意并签名确认前, 医师不能对您施行手术。在手术前的任何时间, 您都有权询问医师或接受或拒绝本次手术。

5. 您的主诊医师是 王晓栋, 经管医师是 王晓栋, 责任护士是 \_\_\_\_\_。

6. 您目前的诊断是: 右下肢动脉血栓形成, 右下肢动脉硬化闭塞症。

拟施行的手术/操作名称: 下肢动脉造影+置管溶栓术。

7. 医师会为您解释:

7.1 您的主刀医师是 王晓栋, 手术助手是 陈立, 手术小组成员包括主刀医师及助手、麻醉师和手术护士, 必要时邀请专科医生、病理、放射医师术中会诊。

7.2 建议手术的原因:

1、右下肢坏疽伴疼痛; 2、CTA提示右下肢动脉闭塞

7.3 通过手术的预期效果:

改善下肢动脉血供

7.4 拒绝手术可能会产生的后果:

1、病情进展, 肢体坏死



声明: 医师已经向我解释上述内容, 我已经充分理解。

患者或授权人签名: [REDACTED] 签名日期: 2019 年 11 月 20 日 16 时 00 分



浙江省同德医院  
TONGDE HOSPITAL OF  
ZHEJIANG PROVINCE

姓名: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]  
性别: 男 科 别: 血管外科病房  
年龄: 69岁 床 号: [REDACTED]

7.5告诉您手术中可能出现的意外和风险性:

- ☒ 麻醉意外; ☐ 难以控制的大出血;  
☒ 药物过敏; ☐ 导致死亡或无法挽回的脑死亡;  
☒ 术中呼吸心跳骤停; ☒ 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案;  
☒ 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤,将导致患者残疾或带来功能障碍;  
☒ 除上述情况外,本次手术中还可能发生下列情况:

1、导丝、导管断裂,血管破裂可能,中转手术可能;2、脑出血、消化道出血等;3、需使用导丝导管(数百元)溶栓导管(单价3000元左右),数目根据病情决定;4、造影剂过敏;5、肺梗塞;6、血栓残留;7、动脉内血栓机化严重无法通过,球囊扩张可能

7.6告诉您手术后可能出现的意外和并发症:

- ☒ 术后出血 ☒ 局部或全身感染  
☐ 切口裂开 ☒ 脏器功能衰竭(如弥漫性血管内凝血)  
☒ 心脑血管意外 ☒ 静脉血栓形成  
☒ 水电解质平衡紊乱 ☒ 术后气道阻塞  
☒ 呼吸、心跳骤停 ☒ 诱发原有疾病恶化  
☒ 再次手术 ☐ 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符  
☒ 除上述情况外,本次手术后还可能发生下列情况:

1、造影剂肾病;2、皮下血肿形成,血肿继发感染可能;3、下肢深静脉血栓可能,肺梗塞可能;4、再灌注损伤;心肾功能不全,血栓复发;5、出血(颅内出血、消化道出血)等并发症;6、肢体坏死加重,二期截肢可能

7.7针对上述情况医师将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现的各种并发症,根据现代医疗规范,我们会采取下列措施来最大限度进行防范,使治疗过程顺利完成,具体如下:

- ① 术前: a. 认真评估患者,制定合适的手术方案供患者选择; b. 完善各项必须的术前检查; c. 根据基础疾病进行针对性治疗。  
② 术中: a. 严格按手术规范操作,动作轻柔,仔细; b. 严密监测生命体征变化,及时处理术中出现的各种情况。  
③ 术后: 仔细观察术后情况,采取针对性治疗。  
④ 必要时请相关科室或外院会诊协助治疗。  
⑤ 其他:



声明:医师已经向我解释上述内容,我已经充分理解。

患者或授权人签名 [REDACTED] 签名日期 2019 年 11 月 20 日 16 时 00 分



浙江省同德医院  
TONGDE HOSPITAL OF  
ZHEJIANG PROVINCE

姓名: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]  
性别: 男 科 别: 血管外科病房  
年龄: 69岁 床 号: [REDACTED]

7.7可供选择的其它治疗方法:

药物保守治疗

您选择的是

肾动脉栓塞术

8.如需植入内置物(如内固定材料等),医师会根据您的同意选择,请您签署“体内植入物申请单”。

9.如果医师认为在您的手术期间需要输血或血液制品时,将会告诉您输血或血液制品的目的、风险、利弊,并会请您签署“自体血回输知情同意书”或“输血知情同意书”,您有权同意或拒绝接受输血或血液制品,您有任何有关输血的疑问都可以同经管医师讨论。

10.医师将根据您的授权和同意后按拟定的手术进行,但不排除术中出现紧急情况或事先无法预计的情况发生,医师将及时同您的家属联系,根据出现的情况,医师将根据专业判断和最有利于您的原则采取必要的处置措施。

11.您签名后表明已经授权医师处理手术中取下的组织、器官,病理医师将会进行必要的医学处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

12.您签名后表明同意学习者在手术过程中进行观摩,拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学的用途。

医师陈述:

我已经向患者解释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、可能存在的其它治疗方法等,并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名: [REDACTED] 签名日期: 2019 年 11 月 20 日 16 时 30 分

您以下的签名后表示:

- ① 您已经阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医师对以上提出的情况已向您做了充分的解释;
- ③ 您已经得到了有关手术/操作的相关信息;
- ④ 您并未得到手术百分之百成功的许诺;
- ⑤ 您授权并同意医师为您施行上述手术。



患者签名: [REDACTED] 签名日期: 2019 年 11 月 20 日 16 时 02 分

如果患者无法或授权他人签署知情同意书,请其授权人签名。

患者授权人签名: \_\_\_\_\_ 签名日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 时 \_\_\_\_\_ 分  
与患者关系 ( ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属 \_\_\_\_\_ ☐ 朋友 ☐ 其他 )  
联系电话: \_\_\_\_\_