

肾部分切除术知情同意书

_____, 并向我说明治疗方案和可能存在的其他替代医疗方案, 以及各种方案的优缺点, 根据我的病情和术前检查的情况, 医师建议我于 2019年 11月 06日 在 全身麻醉 下进行_腹腔镜下右肾部分切除术+腹膜后肿瘤切除术

医师告诉我本次手术潜在风险有:

医师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, 具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同, 医师告诉我可与我的医师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师讨论。

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:

1) 麻醉意外;

2) 心、脑血管意外(心肌梗死、脑梗死和重要器官栓塞), 危及生命;

3) 术中大出血、失血性休克, 可致死亡; 需输血挽救生命, 致输血并发症;

4) 肿瘤侵犯周围脏器, 联合脏器切除(胰腺、肝脏、血管等);

5) 术中损伤周围脏器(胰腺、空肠、回肠、十二指肠损伤致胰瘘、胰腺炎、肠瘘、腹膜炎, 肝脾损伤需行脾切除或肝修补术, 集合系统损伤, 肾血管损伤等);

6) 术中改变术式, 行肾根治性切除术, 如周围粘连严重及广泛侵犯, 仅能姑息性切除甚至不能切除肾脏, 可能行同侧肾上腺切除(术后肾上腺皮质功能不全);

7) 术中血管损伤, 需行相应处理(血管修补、人工血管搭桥);

8) 术后出血, 腹膜后血肿, 腹腔出血, 需二次手术;

9) 器官储备功能下降, 术后发生多器官(心、肺、肝、肾)功能衰竭、应激性溃疡、弥散性血管内凝血(DIC)等严重并发症, 危及生命, 术后心、脑血管意外(心肌梗死、脑梗死和重要器官栓塞), 危及生命;

10) 术后深静脉血栓形成, 致重要脏器栓塞(肺栓塞、脑梗死、心肌梗死等);

11) 术后胸腔积液、肺不张, 膈下、腹腔、腹膜后积液, 继发脓肿; 术后粘连性肠梗阻, 腹内疝形成, 肠绞窄、坏死等; 术后感染(腹腔内、泌尿系统、肺部), 电解质紊乱;

12) 术后淋巴漏、淋巴囊肿, 切口积液、脂肪液化、血肿、裂开、感染等导致愈合延迟, 甚至不愈合; 切口疝, 腹外形变化;

13) 肾功能不全, 需血液透析治疗;

14) 术后病理结果与术前诊断不同, 有其他肾恶性肿瘤可能, 术后需进一步治疗, 或为良性肿瘤可能;

15) 恶性肿瘤, 术后预后可能不佳, 术后复发、种植转移, 远处转移;

16) 腹腔镜相关并发症: ①空气栓塞②皮下及纵膈气肿, 气胸③高碳酸血症④术中中转开放。开放手术可能需切除第十二肋, 术后切口及神经支配区长时间疼痛不适。



肾部分切除术知情同意书

- 17) 术后可因出血、漏尿、切缘阳性、肾萎缩需二次手术行肾切除；
- 18) 使用一次性手术器械、自费药品：术后可能需要回监护病房，费用高。
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。

医师告诉我除了上述风险外，根据我个人的情况，可能出现的特殊风险或主要高危因素有：

患者/授权委托人/法定监护人/患者亲属知情选择：

1. 我已如实向医师告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。
2. 我知道手术是创伤性治疗手段，即使在签署了手术同意书后，我仍然可以放弃手术或选择其他治疗手段，也知道由此可能带来的不良后果及风险。
3. 我的主管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，可能存在的其他替代医疗方案及优缺点并且解答了我关于此次手术的相关问题。经过慎重考虑，我明确表示同意进行本次手术治疗。
4. 我理解我的手术需要多位医务人员协同进行，手术前我并未得到手术百分之百成功及术后效果的许诺，如有意外，我授权医师在手术中可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
5. 如果出现手术并发症，我理解这可能是医学技术的局限性或个体病情差异所致，我授权医师及时处置并承诺承担所有治疗费用，如有争议，我知道应通过协商、行政调解、第三方调解、鉴定或诉讼等方式依法解决。
6. 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括行病理学检查、细胞学检查和按医疗废物处理等。

患者签名

签名日期 2019 年 11 月 5 日

授权委托人/法定监护人/亲属签名

关系

签名日期 2019 年 11 月 5 日

医师陈述：

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、可能存在的其他替代医疗方案及优缺点并解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名

签名日期 2019 年 11 月 5 日

手术变更告知

变更理由：

调整后手术方式：

手术调整后上述并发症和风险仍可能存在，且可能产生下列并发症和风险：

告知医师签名：

签名日期 年 月 日

授权委托人/法定监护人/亲属签名

关系

签名日期 年 月 日