

# 北京协和医院

## 临床标本知情同意书

病案号:

姓名: 性别: 男 年龄: 55 科室: 泌一

### 一、致患者/近亲属/监护人

尊敬的患者:

感谢您对我院的信任,并祝您早日恢复健康!

目前,人类很多疾病的病因和发病机理不明,缺乏有效的治疗手段。北京协和医院是卫生部疑难重症诊治指导中心,进一步提高疾病的诊治水平是我们的义务。为了更多患者的健康,在您的诊疗过程中,出于诊治疾病和研究相关疾病我们会常规采集您的血液尿液,而手术切除的手术组织标本或脑脊液等体液,在诊断或治疗完成之后的剩余部分则用于相关疾病的研究,以提高今后对该类疾病的诊治水平。这些研究不会使您马上获益,但是科学研究的进步和医学知识的积累会进一步提高我国的医疗卫生水平。

使用这些标本进行研究不会使您受到伤害,有关您的所有医疗信息也将是保密的。您有权不签署该知情同意书,您也有权在任何时候撤回您已经签署的同意书。无论您是否同意,均不会影响您在院期间的诊疗活动,也不会影响您和医护人员的关系。

如果您同意,请签字。非常感谢您对人类疾病研究做出的贡献,并表示崇高的敬意!

### 二、患者/近亲属/监护人声明

我确认本人具备合法资格签署本同意书。

我已经详细阅读以上条款,同意。

(患者/近亲属/监护人签名)

(医生签名)

(联系方式)

(联系方式)

(签字日期)

(签字日期)

# 北京协和医院

## 麻醉知情同意书

第(1)页

病案号:

患者姓名		性别	男	年龄	55岁	科室	泌外
目前诊断	股腘后肿瘤						
拟行手术(操作)名称	胸腹腔镜右股腘后肿瘤切除术(各右肾切除)						
拟行麻醉方式	全麻		替代麻醉方式		无		
<p>一、麻醉并发症和风险:</p> <p>1. 心血管意外: 心律失常、心肌缺血、急性心肌梗死、心力衰竭、心跳骤停等;</p> <p>2. 脑血管意外: 脑出血、脑梗、脑水肿等;</p> <p>3. 呼吸系统意外: 反流误吸、气管支气管及喉痉挛、肺水肿、肺不张、肺栓塞、呼吸衰竭、外科气道有创操作并发症等;</p> <p>4. 区域阻滞麻醉相关并发症: 脊髓及周围神经损伤、异感、全脊髓麻醉、椎管内血肿、硬膜外导管折断、硬脊膜穿破后头痛等;</p> <p>5. 恶性高热、术后认知功能障碍、术后恶心呕吐;</p> <p>6. 麻醉药物过敏反应、局麻药毒性反应等;</p> <p>7. 气道相关损伤: 牙齿损伤或脱落、咽喉水肿、口腔黏膜损伤、环杓关节脱位等;</p> <p>8. 麻醉后苏醒延迟、拔管延迟;</p> <p>9. 不可预料或罕见的致命致残状况;</p> <p>10. 有创操作相关并发症: 局部血肿、神经损伤、感染、肢体坏死、血气胸等;</p> <p>11. 术后镇痛相关并发症: 过度镇静、嗜睡、呼吸抑制、皮肤瘙痒、尿便潴留、肢体麻木等;</p> <p>12. 其他:</p>							
<p>二、有创操作:</p> <p>围手术期有创监测及操作, 如动脉/中心静脉穿刺置管、肺动脉导管监测、经食道超声、有创心输出量监测、术中纤维支气管镜、紧急气道抢救措施等, 可以有效提高手术麻醉的安全性。</p>							
<p>三、术后镇痛:</p> <p>术后镇痛可帮助患者有效缓解术后疼痛, 加快术后康复, 提高舒适性, 方法包括静脉自控镇痛(PCIA)、硬膜外自控镇痛(PCEA)、外周神经阻滞自控镇痛(PCRA)等。</p>							

## 四、自费药品和耗材：

因患者病情、麻醉和手术需要，可能会用到以下自费药品和耗材（包含但不限于以下类别）：

## 1. 自费药品：

## 医保乙类药品

## 医保丙类药品

羟考酮注射液、瑞芬太尼、氟比洛芬酯注射液  
帕瑞昔布钠、顺阿曲库铵、盐酸右美托咪定注射液等

舒更葡萄糖钠、奥布卡因凝胶等

## 2. 自费耗材：

一次性使用可弯曲喉罩

电子镇痛泵

Safety-flex 气管插管

一次性气管支气管插管/封堵器

一次性可视喉镜/叶片

神经刺激阻滞针

神经监护气管导管

双腔支气管插管

压力传感器

术中自体血回输装备

PICCO 热稀释导管

中心静脉导管

BIS 传感器

脑氧传感器等

## 医生声明：

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况：

- 1、根据拟行手术计划实行的麻醉方式的必要性及其风险
- 2、麻醉相关有创操作、术后镇痛、自费药品和耗材的必要性及其风险

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会：询问上述情况的相关问题及其他问题。

医师签名：

签字日期：2021.1.8

## 患者本人/近亲属/代理人声明：

我已认真阅读以上告知内容，麻醉医师已对将要实施的麻醉方式或替代麻醉方式、麻醉用药及可能发生的麻醉并发症和风险做出详细解释，我对以上内容充分理解。麻醉医师已回答我提出的相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿选择上述麻醉方式 /  
有创操作/术后镇痛/自费药品及耗材，请签字

同意

如您确认以上内容并决定拒绝上述麻醉方式 /  
有创操作/术后镇痛/自费药品及耗材，请签字

(请于横线上抄写：同意)

(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2021.1.8

(签字日期)

(签字日期)

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(1)页

病案号: [REDACTED]

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 55岁 科室: 泌尿外科

目前诊断: 右腹膜后副神经节瘤可能性大 高血压(3级, 很高危)

拟行手术名称: 胸腹腔镜联合右侧副节瘤探查切除术(备右肾切除术)

上述手术有如下风险/并发症:

- 1、麻醉意外, 心跳骤停、呼吸循环衰竭、恶性高热等;
- 2、术中术后心、脑、肺血管意外, 如心跳骤停, 心肌梗塞, 严重心律失常, 脑出血等; 术中如血压剧烈波动, 可能停止手术;
- 3、可能需要切断或切除部分肋骨
- 4、根据术中情况决定手术方式, 如胸、腹腔镜切除困难可能改为开放手术, 探查手术, 患侧肾切除术, 甚至双侧肾切除术; 术中发现肿瘤侵犯周围重要脏器 无法切除, 只能取病理或放弃手术
- 5、术前影像学检查提示该肿物紧邻脊柱、膈肌、肝脏等组织器官, 术中因周围组织粘连及解剖异常, 造成重要血管脏器损伤, 如脾脏、肾脏、肺脏、肝脏、胰腺、胃肠道、胸膜、大血管等, 出现出血、胰瘘、肠瘘、胆瘘、气胸等相应并发症, 因肿物紧邻脊柱, 不排除术中损伤神经导致截瘫可能 以上情况需要进一步治疗;
- 6、术后排痰不畅, 导致肺不张、肺炎、呼吸功能衰竭, 需气管插管、呼吸机辅助呼吸、气管切开等;
- 7、术后气胸、血胸、乳糜胸、纵隔气肿、皮下气肿等, 需长期带管引流或二次手术等
- 8、术中、术后大出血, 需输血治疗, 术后活动性出血可能再次行手术探查止血
- 9、术中损伤周围脏器结构, 如单侧或双侧喉返神经、迷走、膈神经、气管支气管、胸导管、大血管(主动脉、腔静脉等)、肝脾等, 并导致术后相应症状, 如: 声音嘶哑、饮水呛咳、膈肌麻痹等, 无法恢复; 双侧喉返神经麻痹需终身气管切开及相应并发症
- 10、输血意外;
- 11、术后需转ICU, 有感染可能;
- 12、术后多脏器功能衰竭(心、脑、肝、肺、肾、胃肠等);
- 13、肾功能不全, 需要血液透析治疗;
- 14、血栓形成或栓塞, 如肺栓塞, 可能导致猝死;
- 15、术后漏尿、出血等, 积液、感染; 感染(伤口、肺、腹腔、盆腔、泌尿系等);
- 16、术后肿瘤复发, 转移;
- 17、术后各种感染, 支气管胸膜瘘、纵隔感染、形成纵隔脓肿、膈下脓肿, 严重时可致感染性休克、死亡; 切口不愈合、延迟愈合、感染, 需长期换药、再次清创缝合等;
- 18、术后长期胸闷、胸痛、憋气、呼吸困难, 需长期吸氧治疗、长期气管插管无法脱机等, 术后长期发热等;
- 19、术后肺水肿; 术后肺动脉高压;
- 20、术后同侧下腹壁膨出或皮肤感觉异常
- 21、术后肠粘连, 肠梗阻;
- 22、术后病理与术前诊断不一致, 以术后病理为准, 根据术后病理, 决定下一步治疗。存在因部分切除困难改行全切术后病理诊断为良性病变可能
- 23、使用的某些药物、器械、一次性材料按医保规定为自费 需自理;
- 24、出现以上意外或并发症需二次手术或多次手术可能
- 25、其它意外不排除。

# 北京协和医院

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(2)页

病案号: [REDACTED]

相关替代治疗方案:

保守治疗

选择相关替代治疗方案的风险:

1、无法明确肿瘤性质；2、临床症状难以控制。

医生声明:

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及所需治疗的必要性及其风险

2. 相关替代治疗方案及其风险

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

询问上述情况的相关问题及其他问题

手术医师签字:

经治医师签字:

签字日期:

2021.1.8

患者本人/近亲属/代理人声明:

1. 医生已向我充分解释患者病情及该手术 /操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险/并发症以及这些风险/并发症带来的后果。

2. 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。

3. 医生已解释替代治疗方案及其风险。

4. 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。

5. 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。

6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。我确认本人具备合法资格签署本同意书。

7. 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术, 请签字

同意

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术, 请签字

(请于横线上抄写: 同意)

(请于横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2021.1.8

(签字日期)

(签字日期)

# 北京协和医院

姓名: [redacted]

第(1)页

病案号: [redacted]

## 授权委托书

委托人姓名: [redacted]

性别: 男

身份证号: [redacted]

被委托人姓名: [redacted]

性别: 男

身份证号: [redacted]

与委托人关系: [redacted]

委托人因病住北京协和医院泌尿外科，现授权被委托人代理我全权处理本次医疗中的相关事宜，接受医生对病情、医疗措施、医疗风险等的交代，代理咨询相关问题，代为决定及签字。

北京协和医院  
2021-06-07 16:22:51

委托人签名: [redacted]

被委托人签名: [redacted]