

手术同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 44 岁 科室: 病案号:

诊断、替代方案和治疗建议:

医师告知我目前初步诊断为右肺上叶结节、肺气肿、三尖瓣反流,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 年 月 日在 全身 麻醉下进行 胸腔镜右肺上叶切除术

医师告诉我本次手术潜在风险有:

医师告知我如下肺切除术可能发生的一些风险,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和医师的对策:

1) 麻醉意外;术中心肺脑血管意外,可致死亡;

2) 术中大出血、失血性休克,甚至需体外循环止血,出现休克、植物状态,甚至死亡;

3) 术中损伤周围组织,重要神经、血管、脏器,肋骨骨折等;

4) 术中根据具体病情改变手术方式,如电视胸腔镜手术,开胸手术,肺楔形切除,肺叶切除,复合肺叶切除,一侧全肺切除,纵隔淋巴结清扫等;

5) 肿瘤侵犯范围广,需行联合器官切除,如部分膈肌、胸壁、心包、心房组织等;

6) 肿瘤广泛转移或侵犯重要脏器无法切除,行姑息性切除或探查活检术;

7) 术后脑出血、脑梗死、脑卒中等脑血管意外,可致死亡;术后心律失常、心力衰竭、心绞痛、心肌梗死等,可致死亡;术后下肢静脉血栓形成,急性肺栓塞,可致死亡;

8) 术后大出血(肺血管残端、肋间血管等),严重时需再次手术止血,可致死亡;术后复张性肺水肿、肺炎、肺不张,急性呼吸窘迫综合征;术后暴发感染,多器官功能衰竭(包括急性肾功能衰竭及 DIC 等);

9) 术后呼吸衰竭,需气管插管或气管切开,长期机械通气,呼吸机依赖;术后气胸、血胸、脓胸、乳糜胸、支气管胸膜瘘,需长期带管引流或再次手术;术后膈疝、心疝,可致死亡;

10) 单侧喉返神经损伤或喉头水肿,声音嘶哑,饮水呛咳;膈神经损伤,术后膈肌抬高,呼吸困难;术后胸壁局部皮肤麻木、疼痛,皮肤感觉异常;术后皮下气肿、血肿;

11) 术后一侧肢体无汗,一侧头面部无汗、眼睑下垂、眼球内陷、瞳孔缩小等 Horner 征;

12) 术后伤口感染、脂肪液化等,致伤口愈合不良;

13) 术中冰冻病理与术后石蜡病理不相符,以石蜡病理为准,可能因此影响手术方案,需再次手术或放疗;术后病理证实为良性病变;

14) 术后病理切片发现支气管残端有肿瘤残留,需再次手术或放疗;

15) 术后肿瘤复发、转移;术后褥疮、泌尿系统感染等;

16) 其他难以预料的意外。

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:

手术同意书

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 _____ 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

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且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 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 _____ 时

授权委托人/法定监护人/亲属签名 _____ 关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时

知情同意书




（患者本人）已确认：

- ☒ 我已经看到了将被用于临床教学或进行学术报道的医疗影像资料、医疗记录；
- ☒ 我已经阅读了将要发表的学术论文；
- ☒ 我有权同意或拒绝医生使用我的医疗记录及影像资料用于临床教学或进行学术报道

我了解以下内容：

1. 教学资料或学术论文中不会出现我的姓名、联系方式和住址等信息；
2. 教学资料或学术论文中包含有我的医疗状况，以及包含我已有的或将来会有的任何预后、治疗或手术相关详细信息；
3. 文章可能发表在国际医学期刊，期刊的读者主要为医疗从业人员；
4. 我不会从文章发表中获得任何经济利益；
5. 我可以在学术论文出版之前随时撤销我此次的授权，但文章一旦准备出版，则无法撤销此次授权；
6. 杂志社及出版商应按照法律规定妥善保管该同意书；

我本人  （姓名）同意将我的医疗记录及医疗影像资料用于临床教学或进行学术报道。

患者签名：

日期：

医生签名：

日期：

PATIENT CONSENT
(already signed in Chinese version)

I confirmed that:

- ☐ I have seen the medical image and text that will be used for clinical teaching and academic reporting;
- ☐ I have read the article to be submit to academic journal;
- ☐ I have the right to approve or refuse the use of my medical records and imaging for clinical teaching or academic reporting.

I understand the following:

1. The Material will be published without my name, contact details and address attached.
2. The teaching materials or academic article may include details of my medical condition and any prognosis, treatment or surgery that I have, had or may have in the future.
3. The academic article may be submitted to an international medical journal which go mainly to doctors and other healthcare professionals.
4. I will not receive any financial benefit from publication of the article.
5. I can revoke my consent at any time before publication, but once the article has been committed to publication it will not be possible to revoke the consent.
6. This consent form will be retained securely and in confidence by related journal and press in accordance with the law.

I _____ give my consent for the medical records and imaging about me for clinical teaching and academic reporting.

Signature of patient: _____ Date: _____

Signature of doctor: _____ Date: _____