

病区:妇科三病区

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别:女

年龄:38岁

住院号: [REDACTED]

尊敬的患者:

您好!感谢您的信任选择到我院治疗,根据您目前的病情,符合手术适应证,管床医师特向您详细介绍和说明如下内容:术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等,帮助您了解相关知识,作出选择。

一、医师告知:

【术前诊断】:1、子宫异常出血2、子宫腺肌症3、烟雾综合征4、脑梗塞 5、糖尿病6、瘢痕子宫

【拟施手术名称】:腹腔镜下全子宫+双侧输卵管切除术(有/无气腹)

【替代医疗方案】:(不同的治疗方案及手术方式介绍)

根据您的病情,目前我院主要有如下治疗方法和手术方式:1、期待治疗;2、保守治疗;3、手术治疗。

【拒绝手术可能发生的后果】:1、疾病继续进展;2、延误手术最佳时机。

【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】:

1. 麻醉意外,心脑血管意外,术中呼吸循环骤停,抢救无效危及生命(麻醉科另签);
2. 术中术后出血过多,失血性休克, DIC, 需要输血, 出现输血并发症或抢救无效危及生命;
3. 术中术后可能发生心脑血管意外,抢救无效,危及生命;
4. 术中副损伤,损伤肠管,膀胱,输尿管等;
5. 术中可行快速病理,根据病理回报决定具体术式。如为恶性病变则需扩大手术方式,术后辅助放化疗,远期有复发转移的可能;
6. 糖尿病的患者,术中术后出现血糖异常变化,低血糖或酮症酸中毒,抢救无效,危及生命;
7. 术后切口感染,脂肪液化,致切口愈合不良,延期愈合,必要时行二次缝合术;
8. 术后发热,术后感染(尿路感染,肺部感染,坠积性肺炎,盆腔感染等),败血症危及生命;
9. 术后盆腔粘连,盆腔包裹性积液,肠粘连,肠梗阻,必要时行二次手术;
10. 术后下肢血栓性静脉炎,形成下肢静脉血栓,栓子脱落栓塞重要器官,如肺、脑、心等,危及生命;
11. 术后尿潴留,排尿困难,需进一步治疗,恢复膀胱功能;
12. 阴道断端切口愈合不良或不愈合,形成血肿或脓肿,需要切开引流或再次缝合,阴道断端可能出现息肉;
13. 如术后病理回报与术中诊断不符,以术后病理结果为准,如术后病理回报有恶性病变,有二次手术或辅助治疗的可能,恶性肿瘤有复发、转移的可能;
14. 可能对性生活有影响;
15. 术后闭经,永久性不能生育;
16. 术后可出现残留卵巢综合症;如切除双侧卵巢可能出现更年期症状,必要时术后激素替代治疗;
17. 腔镜手术:人工气腹致皮下气肿、腹膜后气肿、大网膜充气、血肿、气体栓塞可能;
- 术中有中转开腹可能;
18. 一些无法预料的,目前医学水平难以解释的罕见意外或并发症。可能没有很好的方法治疗。隐瞒过去病史后果自负;
19. 如术中有其他情况,及时向患者及家属另行告知。

我们将以高度的责任心,认真执行手术操作规程,做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施,一旦发生手术意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救措施。

当手术同意书超过一页,则每页均需患者或其授权委托人签字!(1)

河南省人民医院

手术知情同意书

病区:妇科三病区

姓名

性别:女

年龄:38岁

住院号:

但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异,意外风险不能做到绝对避免,且不能确保救治完全成功,可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,恳请理解。

二、患者或受委托人意见:

管床医师已向我详细讲解了上述内容,我(患者或/和受委托人)已经仔细阅读以上条款,对手术可能存在的各种风险及预后表示完全理解,由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响,术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况,我经过慎重考虑,决定 要求 (要求/拒绝)做此手术。

我明白在本次手术中,在不可预见可能出现各种并发症的情况下,可能需要其他附加操作或者变更手术方式,我授权医师在遇到紧急情况下,为保障患者的生命安全实施必要的救治措施,并保证承担全部所需费用。

主任医师: 朱前勇

患者或受委托人签字:

日期: 2020 年 4 月 21 日

备注:

如果患者或受委托人拒绝签字,请医师在此说明:

了解病情及风险,要求明日行腹腔镜下全子宫+双侧附件切除术
了解有麻醉意外,术中术后出血等,必要时输血治疗,解除共有
副损伤,必要时修复手术,术中可行快速病理,根据病理回报
决定具体术式,如为恶性病变则需扩大手术方式,术后辅助
放疗等,远期有复发转移的可能,如术后病理回报与术中诊
断不符,以术后病理结果为准,了解术后有切口感染,愈合不良,
术后发热,下肢静脉血栓形成,中转开腹可能,了解术中术
后有脑出血,脑梗可能,术后有转ICU/AICU可能,不等,HPV和TCT
结果。

河南省人民医院

手术知情同意书

病区:脑血管病五病区

姓名: [REDACTED]

性别:女

年龄:38岁

住院号: [REDACTED]

尊敬的患者:

您好!感谢您的信任选择到我院治疗,根据您目前的病情,符合手术适应证,管床医师特向您详细介绍和说明如下内容:术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等,帮助您了解相关知识,作出选择。

一、医师告知:

【术前诊断】:1、烟雾病 2、双侧额叶脑梗塞 3、子宫切除术后

【拟施手术名称】:右侧颅内外血管搭桥术+颞肌贴敷术+硬脑膜翻转术+颅骨塑形修补术

【替代医疗方案】:(不同的治疗方案及手术方式介绍)

根据您的病情,目前我院主要有如下治疗方法和手术方式:1.颅内外血管搭桥术+颞肌贴敷术+硬膜翻转术。2.内科保守治疗。

【拒绝手术可能发生的后果】:病情继续进展加重,出现新发脑梗塞、脑出血及其他神经功能障碍,严重时危及生命甚至死亡。

【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】:

- 1.麻醉意外,呼吸、心跳骤停;
- 2.术中依据情况决定手术方式,如果血管条件欠佳,只行颞肌贴敷术、硬膜翻转术;
- 3.术中出血、失血性休克等危及生命;
- 4.围手术期继发脑出血、脑梗塞,出现昏迷、长期植物生存、瘫痪、感觉障碍、精神症状、失语、失明、失嗅、失聪、癫痫、大小便功能障碍、术前症状不缓解甚至加重,危及生命;
- 5.手术只能降低脑梗塞、脑出血的发生几率,部分病人手术无效,仍出现脑梗塞或者脑出血;
- 6.围手术期出现血管痉挛致颅脑缺血进一步加重,病发脑梗塞致术后出现昏迷、长期植物生存、瘫痪、感觉障碍、精神症状、失语等症状,需长期康复。严重时致使大面积脑梗塞需急诊二次手术“去骨瓣减压”,术后颅骨缺损;
- 7.术中、术后出现缺血再灌注(高灌注)致使颅脑出血可能,术中、术后有二次手术清除血肿可能;
- 8.颅内感染危及生命,术后切口感染、延迟愈合、皮下积液、脑脊液漏、脑积水;
- 9.术后并发心、肝、肾、肺等多器官功能障碍或深静脉血栓形成等其它一些不可预料的意外情况,严重时危及生命。

我们将以高度的责任心,认真执行手术操作规程,做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施,一旦发生手术意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异,意外风险不能做到绝对避免,且不能确保救治完全成功,可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,恳请理解。

二、患者或受委托人意见:

管床医师已向我详细讲解了上述内容,我(患者或/和受委托人)已经仔细阅读以上条款,对手术可能存在的各种风险及预后表示完全理解,由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响,术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况,我经过慎重考虑,决定 [REDACTED] (要求/拒

当手术同意书超过一页,则每页均需患者或其授权委托人签字!(1)

手术知情同意书

病区:脑血管病五病区

姓名

性别:女

年龄:38岁

住院号:

绝)做此手术。

我明白在本次手术中,在不可预见可能出现各种并发症的情况下,可能需要其他附加操作或者变更手术方式,我授权医师在遇到紧急情况下,为保障患者的生命安全实施必要的救治措施,并保证承担全部所需费用。

主任医师: 果超跃

患者或受委托人签字:

日期: 2020 年 5 月 28 日

备注:

如果患者或受委托人拒绝签字,请医师在此说明:

河南省人民医院

手术知情同意书

病区:脑血管病五病区

姓名:

性别:女

年龄:39岁

住院号:

尊敬的患者:

您好!感谢您的信任选择到我院治疗,根据您目前的病情,符合手术适应证,管床医师特向您详细介绍和说明如下内容:术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等,帮助您了解相关知识,作出选择。

一、医师告知:

【术前诊断】:1.烟雾病, 2.右侧颅内外血管搭桥术后, 3.脑梗塞

【拟施手术名称】:左侧颅内外血管搭桥术+颞肌贴敷术+硬膜翻转术+颅骨修补术

【替代医疗方案】:(不同的治疗方案及手术方式介绍)

根据您的病情,目前我院主要有如下治疗方法和手术方式:1.颅内外血管搭桥术+颞肌贴敷术+硬膜翻转术。2.内科保守治疗。

【拒绝手术可能发生的后果】:病情继续进展加重,出现新发脑梗塞、脑出血及其他神经功能障碍,严重时危及生命甚至死亡。

【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】:

- 1.麻醉意外,呼吸、心跳骤停;
- 2.术中依据情况决定手术方式,如果血管条件欠佳,只行颞肌贴敷术、硬膜翻转术;
- 3.术中出血、失血性休克等危及生命;
- 4.围手术期继发脑出血、脑梗塞,出现昏迷、长期植物生存、瘫痪、感觉障碍、精神症状、失语、失明、失嗅、失聪、癫痫、大小便功能障碍、术前症状不缓解甚至加重,危及生命;
- 5.手术只能降低脑梗塞、脑出血的发生几率,部分病人手术无效,仍出现脑梗塞或者脑出血;
- 6.围手术期出现血管痉挛致颅脑缺血进一步加重,病发脑梗塞致术后出现昏迷、长期植物生存、瘫痪、感觉障碍、精神症状、失语等症状,需长期康复。严重时致使大面积脑梗塞需急诊二次手术“去骨瓣减压”,术后颅骨缺损;
- 7.术中、术后出现缺血再灌注(高灌注)致使颅脑出血可能,术中、术后有二次手术清除血肿可能;
- 8.颅内感染危及生命,术后切口感染、延迟愈合、皮下积液、脑脊液漏、脑积水;
- 9.术后并发心、肝、肾、肺等多器官功能障碍或深静脉血栓形成等其它一些不可预料的意外情况,严重时危及生命。

我们将以高度的责任心,认真执行手术操作规程,做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施,一旦发生手术意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异,意外风险不能做到绝对避免,且不能确保救治完全成功,可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,恳请理解。

二、患者或受委托人意见:

管床医师已向我详细讲解了上述内容,我(患者或/和受委托人)已经仔细阅读以上条款,对手术可能存在的各种风险及预后表示完全理解,由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响,术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况,我经过慎重考虑,决定(要求/拒

当手术同意书超过一页,则每页均需患者或其授权委托人签字!(1)

手术知情同意书

病区:脑血管病五病区

姓名:

性别:女

年龄:39岁

住院号:

绝)做此手术。

我明白在本次手术中,在不可预见可能出现各种并发症的情况下,可能需要其他附加操作或者变更手术方式,我授权医师在遇到紧急情况下,为保障患者的生命安全实施必要的救治措施,并保证承担全部所需费用。

主任医师:栗施跃

患者或受委托人签字:

日期:2020年12月20日

备注:

如果患者或受委托人拒绝签字,请医师在此说明:

知情同意书

尊敬的 [REDACTED]

我们想邀请您参加一项(烟雾病伴子宫腺肌症与急性复发性脑梗死相关)的报道,本报道已通过河南省人民医院医学伦理委员会审核与批准。本知情同意书将向您介绍本报道的目的、步骤、风险以及您的权益等,请仔细阅读后慎重做出是否参加本报道的决定。当研究者向您说明和讨论知情同意书时,您可以随时提问并让他/她向您解释您不明白的地方。您可以与家人、朋友以及您的主治医师讨论之后再做决定。

若您目前正参加其他临床研究,请务必告知您的研究医生或者研究人员。

本项研究的项目负责人是(栗超跃,河南省人民医院)。

1. 为什么进行这项报道?

烟雾病是一种病因不明的、以双侧颈内动脉末端及大脑前动脉、大脑中动脉起始部慢性进行性狭窄或闭塞为特征,并继发颅底异常血管网形成的一种脑血管疾病。根据全球文献报道来看,烟雾病主要发生于中日韩等东亚国家,且具有一定的家族聚集性。而我国烟雾病患者的主要分布于河南、山东、河北、江西等地,其中又以河南省最多。

对于患有烟雾病的女性来说,引起中风的因素有很多,但根据我们的临床工作,由妇科疾病引起的异常子宫出血是一个罕见的危险因素。由烟雾病合并子宫腺肌症引起的急性复发性脑梗死的报道相当罕见。据我们所知,这是第一次报道这种病例,并详细描述治疗的顺序,安全性和长期预后。

目前,针对烟雾病的治疗手段较为单一。烟雾病和烟雾综合征诊断与治疗中国专家共识(2017)指出:对烟雾病患者尚无确切的药物治疗手段,脑血运重建术是烟雾病的主要治疗方法,其可以有效防治缺血性卒中和降低烟雾病患者再出血率。

我们在 2012 年初已针对烟雾病开展了联合脑血运重建术,积累了大量的手术技巧及围手术期管理经验,并对相关出院患者进行了系统的随访研究。现在我们报道烟雾病伴子宫腺肌症的病例,是为这类患者出现复发性急性脑梗死症状后的诊疗提供思路和经验。

2. 该报道是怎样进行的?

在您同意本报道后,医生将询问、记录您的现病史、既往史、个人史以及相关家族史,并

版本号：V1.0，版本日期：2020 年 11 月 01 日

收集您的（凝血功能、血清 HIV 和其他致病性病原学检查）检验结果及相关影像学资料。将在保护患者隐私的前提下，进行符合伦理学的医学报道。

3. 是否一定要参加并完成本项报道？

您是否参加这个报道完全是自愿的。如果您不愿意，可以拒绝参加，这对您目前或未来的卫生医疗不会有任何负面影响。即使您同意参加之后，您也可以在任何时间无需任何理由退出，而且这同样不会影响您获得正常的医疗服务。当您决定不再参加本报道时，希望您及时告知您的研究医生，研究医生可就您的健康状况提供建议和指导。

一旦有任何可能会影响您决定是否继续参与本报道的信息，我们会及时告知您。

若您中途退出，出于安全性考虑，我们有末次随访计划，您有权拒绝。若您退出后，发现新的与您健康和权益相关的信息时，我们可能会再次与您联系。

4. 参加该项报道的患者是否获得报酬？

参与报道无额外报酬。

5. 患者的个人信息会得以保密吗？

我们会按照法律的要求为您的报道记录保密。您的个人信息将受到严格保密，除非应相关法律要求，您个人信息不会被泄露。必要时，政府管理部门和医院伦理委员会及其它相关研究人员可以按规定查阅您的资料。

6. 如果有问题或困难，该与谁联系？

如果您有与本报道相关的任何问题，请联系（张韶：15938566117）医生。

如果您有与自身权益相关的问题，可与河南省人民医院医学伦理委员会联系，联系电话：0371-87160680。

知情同意书签字页

知情同意声明：

我已被告知此项报道的目的、背景、过程、风险及获益等情况。我有足够的时间和机会进行提问，问题的答复我很满意。

我也被告知，当我有问题、想反映困难、顾虑、对报道的建议，或想进一步获得信息，应当与谁联系。

我已经阅读这份知情同意书，并且同意参加本报道。

我知道我可以选择不参加此项报道，或在期间的任何时候无需任何理由退出。

我将得到这份知情同意书的副本，上面包含我和研究者的签名。

患者姓名（正楷）：

联系方式：

患者签名：

日期：

（注：如果患者无行为能力/限制行为能力时，则需法定代理人签名和签署日期）

法定代理人姓名（正楷）：

联系方式：

法定代理人签名：

日期：

（注：如果受试者不能阅读该知情同意书时，则需一名独立见证人证明研究者已将知情同意书的所有内容告知了受试者，中立见证人需签名和签署日期）

中立见证人姓名（正楷）：

联系方式：

中立见证人签名：

日期：

研究者声明：

我确认已向患者解释了本研究的详细情况，特别是参加本研究可能产生的风险和收益。

研究者姓名（正楷）：

联系方式：

研究者签名：

日期：

版本号：V1.0，版本日期：2020 年 11 月 01 日