

手术同意书

姓名 [] 科室：心脏大血管外科医生站 床号： [] 住院号： []

病人姓名 [] 性别 [] 年龄 [] 于2021-06-21在你院住院。诊断为：1. 主动脉弓部瘤
2. 主动脉弓发育畸形 3. 先天性颈位主动脉弓 4. 左锁骨下动脉发育畸形 5. 慢性鼻窦炎
6. 鼻中隔偏曲 7. 慢性鼻炎。经医生研究后提出需作：深低温停循环下行主动脉弓置换
术、弓上血管再植、心包纵隔引流术。并向我们说明有关疾病及手术的各种问题：

一、术中可能出现的风险及并发症：

医生告知我如下：深低温停循环下行主动脉弓置换术、弓上血管再植手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，医生告诉我可与我的医生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生讨论。

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生的对策：

1) 围手术期心、脑血管意外（心梗、脑梗、脑出血等），生命危险；

2) 术中根据具体情况可能改变术式，如主动脉弓成形手术、主动脉人工血管旁路移植术、象鼻支架植入术、动脉瘤旷置术、升主动脉置换术等；

3) 围手术期动脉瘤破裂，术中损伤血管等导致大出血，失血性休克，生命危险；

4) 术中损伤膈神经、喉返神经、迷走神经等，导致暂时或永久相应功能障碍；

5) 术中损伤周围脏器（如肺、心脏、肾脏、输尿管、胃肠道、胰腺、肝胆系统、淋巴管等），导致相应症状或功能障碍，如肺水肿、胃肠道漏、胆胰漏、淋巴漏等；

6) 术中术后心功能衰竭，心脏复跳不佳，体外循环依赖，低心排综合征，生命危险；

7) 术中术后体外循环并发症，多发脏器动脉栓塞或出血，凝血功能障碍，播散性血管内凝血DIC，可能导致死亡；

8) 术中术后重要分支动脉缺血，如颈动脉、无名动脉、肾动脉、肠系膜动脉、腹腔干动脉、肋间动脉、冠状动脉、下肢动脉等，导致相应脏器缺血坏死或功能障碍，如脑梗塞、脑出血、脑水肿、截瘫、肾衰、肠坏死、心肌梗死、心功能衰竭、下肢缺血坏疽等，生命危险；严重脑缺血缺氧可导致术后昏迷甚至植物人状态，生命危险；

9) 术中、术后动脉瘤内斑块或附壁血栓脱落导致远侧相关动脉栓塞，导致相应缺血症状，必须手术取栓；

手术同意书

姓名: 科室: 心脏大血管外医生站 床号: 住院号:

- 10) 术后感染, 包括切口感染, 胸腔、肺部感染, 泌尿系感染, 腹腔或腹膜后积液感染、感染性心内膜炎等, 严重者败血症, 如人工血管或人工瓣膜感染, 需手术取出, 存在生命危险;
- 11) 术后吻合口出血, 伤口出血, 血胸或气胸, 腹腔或腹膜后出血, 心包填塞, 严重者二次手术止血, 严重者休克甚至生命危险; 吻合口漏, 假性动脉瘤, 必要时需手术治疗;
- 12) 术后切口淋巴漏、脂肪液化、感染, 皮缘坏死, 切口愈合延迟, 切口裂开;
- 13) 术后近远期自身动脉病变继续发展, 动脉瘤样扩张、继发主动脉夹层; 人工血管吻合口内膜增生, 血栓形成, 导致动脉或人工血管狭窄或闭塞, 产生相应缺血症状, 必要时需二次手术;
- 14) 有分期手术可能, 二期需再次开放手术或介入覆膜支架植入术等;
- 15) 如需瓣膜置换, 术后瓣膜继发感染性心内膜炎、血栓及栓塞等并发症, 需终身抗凝治疗;
- 16) 术后下肢深静脉血栓形成, 并发致命性肺栓塞导致生命危险, 对症抗凝、溶栓, 也可植入下腔静脉滤器预防肺栓塞;
- 17) 术后多器官功能衰竭(心功能、肾功能、肝功能、呼吸功能、神经功能、胃肠道功能等), 凝血功能障碍、播散性血管内凝血DIC, 可能导致死亡;
- 18) 其他意外。

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。

二、替代方案: 药物保守治疗, 但动脉瘤进展、破裂风险较大。

三、术中紧急情况处置授权:

本人明白除了医生告知的危险以外, 还有医疗操作或手术均有可能出现的其他危险, 并且在手术中可能会发生预想不到的情况。在此, 我授权医师, 在遇到预料之外的情况时, 从考虑本人利益角度出发, 按照医学常规予以处置, 尤其是发生紧急、危险情况时, 本人 ☒ 同意, ☐ 不同意授权医师可以即时处置。

四、授权特定医师实施手术

我允许有手术技术资格、经验的医师和其亲自选择的、他可以信赖的助手为我实施

手术同意书

姓名

科室：心脏大血管外医生站

床号：

住院号：

上述手术方案。该格式文本系医院提供，有关内容是医师向我告知时填写，我同意使用该文本的内容是医师向我告知时的真实内容。

五、免责同意

上述问题一旦发生，本人理解这是医学上难以避免的并发症，相信医护人员将竭尽全力救治，本人对此有充分的思想准备，并积极配合医生治疗，按规定缴纳一切费用。

我们考虑以后，表示愿意与医院医生合作，对术中，术后可能发生的问题能够谅解，同时接受手术治疗。

医生签名

患者签名

法定代理人签名

法定代理人与患者的关系

日期：2021-07-07

川北医学院附属医院

输血治疗同意书记录

姓名: 科室: 心脏大血管外医生站 床号: 住院号:

姓名: 性别: 年龄: 29岁

住院: 科室: 心脏大血管外医生站

输血目的: 手术备血 输血史: 孕产

输血成分: 红细胞、血浆、血小板、人血白蛋白 临床诊断: 1. 主动脉弓部瘤 2. 主动脉弓发育畸形 3. 先天性颈位主动脉弓 4. 左锁骨下动脉发育畸形 5. 慢性鼻窦炎 6. 鼻中隔偏曲

输血前检查: 检查结果:

ALT: 9U/L HBsAg: <0.05 Anti-HBs: <2.000
HBeAg: 0.089 Anti-HBe: 1.44 Anti-HBc: 2.19
Anti-HCV: 0.03 Anti-HIV1/2: 0.03 梅毒: 0.06

☐ ②因病情危重, 目前“输血免疫全套”来不及检查, 但科室已抽留标本。

☐ ③科室已送检查“输血免疫全套”但检查报告未回。

输血方式: ☒ 异体输血 ☐ 自体输血

输血治疗包括输全血及各种成分血, 是临床治疗的重要措施之一, 是抢救急危重患者生命行之有效的手段。但输血仍存在一定风险, 可能发生输血反应及感染经血传播疾病。

虽然我院使用的血液, 均已按卫生部有关规定进行了检测, 但由于当前科技水平的限制, 输血仍有某些不能预测或不能防止的输血反应和输血传染病。输血时可能发生的主要情况如下:

1. 过敏反应
2. 发热反应
3. 感染肝炎
4. 感染艾滋病, 梅毒
5. 感染疟疾
6. 巨细胞病毒或EB病毒感染
7. 输血引起的其他疾病

因病情需要可能多次输血或输注多种血液制品。

在您及家属或监护人 的情况后, 如同意输血治疗, 请在下面签字。

受血者(家属/监护人)		日期: 2021-07-07
与受血者关		日期: 2021-07-07
医生签字:		日期: 2021-07-07

备注: “输血前检查”无结果②、③只选填一项。