

组织活检术知情同意书

患者姓名

性别

男

年龄

77 7

病历号

疾病介绍和治疗建议
医生已告知我患有 左半结肠癌 疾病，需要在 局 麻醉下进行组织活检术。

医生已告知我患有

左字8拼音月4物

要在

麻醉下进行组织活检术。

手术潜在风险和对策

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

甚至危及生命。

我理解我可能出现局部出血。

我理解我可能出现局部感染。

我理解我可能出现局部创口愈合不良。

我理解我可能出现局部神经损伤。

我理解我可能出现活检不成功。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

穿刺针进入胸腔腔 伤及肺组织 造成气胸. 可刺激下呼吸 流汗

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

● 我的医生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、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

● 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整

● 我理解我的手术需要多位医生共同进行。

● 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名_____ 签名日期_____年_____月_____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 与患者关系 父子 签名日期 2019 年 月 15 日

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、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 _____ 签名日期 2019 年 01 月 15 日

沈阳医学院附属第二医院 沈阳市心血管病医院

肋骨肿物切除术手术知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 77岁 病历号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有左侧第8肋骨肿物需要在全身麻醉下进行肋骨肿物切除术手术。

手术目的:

- ①进一步明确诊断
- ②切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他)
- ③缓解症状
- ④其他_____

预期效果:

- ①疾病诊断进一步明确
- ②疾病进展获得控制/部分控制/未控制
- ③症状完全缓解/部分缓解/未缓解
- ④其他_____

手术潜在风险和对策

医生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及医生的对策:
 - 1) 麻醉并发症,严重者可致休克,危及生命;
 - 2) 术中、术后大出血,严重者可致休克,危及生命;
 - 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式;
 - 4) 伤口并发症:出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合,瘘管及窦道形成;
 - 5) 脂肪、羊水栓塞:严重者可致昏迷及呼吸衰竭,危及生命;
 - 6) 呼吸并发症:肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
 - 7) 心脏病发症:心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停;
 - 8) 尿路感染及肾衰;
 - 9) 脑并发症:脑血管意外、癫痫;



患者或家属知情确认签名: [REDACTED]

- 10) 精神并发症:手术后精神病及特别的其他精神问题;

13) 水电解质平衡紊乱;

14) 诱发原有疾病恶化;

15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;

16) 再次手术;

17) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术;

18) 病灶切除不全, 或肿瘤残体存留;

19) 术中损伤神经、血管及邻近器官, 如_____;

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。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生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、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

根据病情, 我要求: 仅切除肺内病灶外, 承担因姑息治疗导致的不良后果

患者签名: _____

签名日期: _____年____月____日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: _____

患者关系: 父子

签名日期: 2019年1月20日

医生陈述:

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、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: _____

签名日期: 2019年01月20日