

手术治疗知情同意书

第(1)页

病案号: 00512323

姓名: 性别: 年龄: 64 科别: 肾内病区 病室: 床号: 9
男

入院时间: 2019-12-10

签字时间: 2019-12-16

手术前诊断: 慢性肾脏病5期

拟行手术名称: 腹膜透析管置入术(腹腔镜辅助超声定位/开放式/经皮穿刺)

手术适应症: 慢性肾脏病5期 建立透析通路

本病例的重要情况或特殊问题: 患者或家属承诺置管后能够严格按照腹透门诊要求, 按时参加相关培训, 并规范腹膜透析操作, 以减少腹膜炎的发生。手术费用严格按照《全国医疗服务价格项目规范》及相关规定执行。

本病例手术中的和手术后可能发生的意外情况、并发症、及危险性:

- 1、麻醉意外。
- 2、出血、血管损伤, 肠管损伤;
- 3、腹腔感染, 伤口感染;
- 4、插管后直肠、膀胱或阴茎部有不适感/疼痛, 肠梗阻, 便秘, 尿潴留;
- 5、皮肤出口漏液;
- 6、漂管, 堵管。
- 7、周围组织、脏器损伤与穿孔;
- 8、心脑血管意外;
- 9、插管不成功;
- 10、其它风险: 如出现难治性腹膜炎等其他严重情况, 需再行手术拔除腹透置管。

以上情况严重时可能危及生命, 发生以上情况, 我们都会尽力抢救, 并发症发生后的治疗费用由患者负担, 请您仔细阅读, 同意与否, 签字为证。谢谢您的合作。

科主任签字: 主治医师签字: 负责谈话医师: 2019年12月16日

患者及家属(组织代表)对于手术同意书中各项内容有了全面理解, 现同意由贵院实行该项手术, 愿意承担手术风险及费用、若术中发生意外情况, 同意接受贵院的必要处理。

若同意手术签字

患者本人

患者家属(组织代表):

与患者关系:

签字日期: 2019.12.16

若不同意手术签字

患者本人:

患者家属(组织代表):

与患者关系:

签字日期:

家属或组织代表通讯处:

电话:

注: 病情危急需紧急手术而无患者家属(组织代表)在场时, 由医院法人或其委托人签字