



胃十二指肠手术治疗知情同意书

患者姓名	性别	年龄	住院号
------	----	----	-----

术前诊断 胰十二指肠动脉瘤破裂出血

拟行手术名称 剖腹探查术

手术中、手术后可能出现的并发症和手术风险等情况：

- 1) 麻醉意外，严重者可致休克，危及生命；
- 2) 术中因解剖位置及关系变异变更术式；
- 3) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如脾、胆总管、胰腺、小肠、结肠等，致胆瘘、胰瘘、肠瘘等；
- 4) 术中大出血，导致失血性休克，严重者死亡；
- 5) 术中、术后伤口渗血、出血，可能需要行二次手术；
- 5) 肿瘤不能切除，只能行短路手术；
- 7) 肿瘤侵犯周围脏器，需合并切除胆囊、部分胰腺、结肠或肝脏等；
- 8) 因病灶或患者健康的原因，终止手术；
- 9) 术中不能切净病灶，或肿瘤残体存留，术后复发；
- 10) 术后胃肠道出血，应激性溃疡，严重者死亡；
- 11) 术后胃出血；
- 12) 十二指肠残端瘘；
- 13) 胃肠吻合口瘘；
- 14) 术后梗阻（输入段梗阻、吻合口梗阻、输出段梗阻），肠粘连，胃瘫；
- 15) 术后胃排空障碍，出现术后腹胀、恶心、呕吐；
- 16) 倾倒综合征与低血糖综合征；
- 17) 碱性返流性胃炎，吻合口溃疡；
- 18) 伤口并发症：伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合，瘘管及窦道形成，切口疝；
- 19) 腹腔留置管折断、遗留、堵塞、滑脱等；留置管处窦道形成、腹膜粘连；
- 20) 营养性并发症：营养不良、体重减轻、贫血、腹泻和脂肪泻、代谢性骨病；
- 21) 发生残胃癌；
- 22) 脑并发症：脑血管意外、癫痫；
- 23) 呼吸并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等；
- 24) 心脏并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停；
- 25) 尿路感染及肾衰；
- 26) 血栓性静脉炎，肺栓塞、脑栓塞、或其他部位栓塞；
- 27) 多脏器功能衰竭（包括弥漫性血管内凝血）；
- 28) 水电解质平衡紊乱；
- 29) 诱发原有疾病恶化；
- 30) 如果卧床时间较长可能导致肺部感染、泌尿系统感染、褥疮、深静脉血栓及肺栓塞、脑栓塞等；
- 31) 其它目前无法预计的风险和并发症。
- 32) 根据患者的实际病情，可能出现以下特殊并发症或风险：



医生陈述

根据患者的病情，患者需要进行该项治疗措施。我已经以患者/患者家属所能了解之方式告知存在的其它治疗方法、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，并且解答了关于此次手术的相关问题。该手术方式一般来说是安全的，但仍存在创伤性和风险性，因此，我不能向患者/患者家属保证该措施的效果，一旦发生上述风险或意外情况，我将从维护患者利益出发积极采取应对措施。

医生签名

[Handwritten signature]

签名日期 2019 年 12 月 13 日

患者知情选择

- 医生已经告知我目前可实施的治疗方案，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，并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- 医生已向我解释，并且我已经了解实施此次手术的必要性、步骤、风险、成功率等相关信息。
- 医生已向我解释，并且我已经了解选择其它治疗措施的风险。
- 我理解该医疗措施可能是目前最适当的选择，但是仍然存在风险，而且无法保证一定能够达到预期目的。
- 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。
- 我同意对血液、体液以及手术切除的组织、器官等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 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，在术中、术后出现相关的病情加重或者心脑血管意外，甚至死亡。
- 我理解术后如果不遵医嘱，可能影响手术效果。
- 我理解一些不常见的风险可能没有列出。
- 我授权我的医生，在遇到预料之外的紧急、危险情况时，从考虑患者利益角度出发，按照医疗常规予以处理。

基于上述，我 同意

(同意或不同意) 对我实施该项治疗措施。

患者签名

签名日期

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

签名日期

日





更改术式知情同意书

患者姓名	性别	年龄	住院号
------	----	----	-----

术前诊断胰十二指肠动脉瘤破裂出血

原定手术名称 剖腹探查术

更改手术名称 **剖腹探查术+胆管冲洗引流术+十二指肠动脉瘤结扎术**

更改术式理由：

术中见十二指肠下约1cm处有动脉瘤，直径约40mm

手术中、手术后可能出现的并发症和手术风险等情况：

出血、肠漏

手术医生陈述

根据患者的病情，患者需要更改手术方式。我已经以患者家属所能了解之方式告知此次更改术式的理由、更改后的手术方式、以及术中和术后可能发生的并发症和风险，并且解答了关于更改手术的相关问题。更改后的术式一般来说是安全的，但仍存在创伤性和风险性，因此，我不能向患者家属保证该措施的效果，一旦发生上述风险或意外情况，我将从维护患者利益出发积极采取应对措施。



医生签名 *[Handwritten Signature]*

签名日期 2017年12月18日


