



北京大学人民医院
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL



妇科手术知情同意书

姓名

性别 女

年龄 65岁

住院号

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有子宫内膜恶性肿瘤(子宫内膜样癌G1 II期术后放疗后复发术后),可在全身麻醉下进行开腹探查+肿瘤细胞减灭术(包括但不限于腹壁皮肤及皮下软组织转移病灶切除术+肝被膜病灶切除术+膈肌病灶切除术+盆腔病灶切除术+腹壁补片置入术)。如不选择手术治疗,还可选择化疗或其他辅助治疗。

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,具体的手术方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风险和医生的对策:
 - 1) 麻醉并发症:严重者可致休克、心律失常等,危及生命;
 - 2) 术中、术后大出血,严重者可致休克,需子宫切除,危及生命;
 - 3) 术中因解剖位置及关系变异而变更术式;
 - 4) 术中损伤神经、血管及邻近器官(输尿管、膀胱、肠管);
 - 5) 伤口并发症:出血、血肿、感染、裂开、不愈合,及手术并发症,如直肠阴道瘘、膀胱阴道瘘、输尿管及膀胱损伤、肠损伤、血管损伤等;
 - 6) 脂肪、癌组织栓塞:严重者可导致昏迷及呼吸衰竭,危及生命;
 - 7) 呼吸并发症:肺不张、肺部感染、胸腔积液、气胸、肺栓塞等;
 - 8) 弥散性血管内凝血(DIC);
 - 9) 心脏并发症:心律失常、心肌梗死、心力衰竭、心跳骤停;
 - 10) 尿路感染及肾功能衰竭;
 - 11) 脑并发症:脑血管意外、癫痫;
 - 12) 精神并发症:手术后精神病及其他精神问题;
 - 13) 因高血压、冠心病等服用对凝血系统有影响的药物,如阿司匹林等,易出现术中出血或术后下肢静脉血栓,甚至发生肺栓塞,导致死亡;
 - 14) 除上述情况外,尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的
- 其他事项,如:

患者或授权家属签名

签名日期 2021年 10月 21日



北京大学人民医院
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL



妇科手术知情同意书

姓名

性别 女

年龄 65岁

住院号

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张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，除上述风险以外，还可能出现以下特殊并发症或风险：

1. 围术期出血风险，必要时输血；2. 患者既往多次手术史，盆、腹腔粘连可能，术中损伤周围脏器（膀胱、输尿管、肠管）、血管及神经，必要时行修补术，术前影像学提示腹壁肿块侵及膀胱、累及肠管不排除，术中有损伤膀胱、输尿管以及肠管可能，有膀胱修补、输尿管造瘘、肾造瘘、肠切除、肠吻合甚至肠造瘘可能。如为热损伤，可能术后发现，必要时二次手术；3. 患者肿瘤合并感染，术后盆腔感染、切口感染等风险，且腹部病灶范围较大，切除后腹壁缺损需行补片置入，置入后可出现腹部不适感、异物反应、腹壁疝、切口愈合不良、脂肪液化、切口缺血坏死等可能，必要时需二次清创缝合；4. 术后肠梗阻、盆腔包裹性积液等可能；5. 围手术期血栓性疾病可能，如双下肢深静脉血栓、肺栓塞、脑栓塞等，严重时危及生命；6. 围手术期心、脑、血管意外的发生，如甲状腺危象、脑出血、心肌梗塞、心律失常等，会出现偏瘫、失语、肢体活动障碍等，必要时需转至重症监护病房；7. 术后病理明确诊断，必要时需术后辅助治疗（放和（或）化疗）及药物治疗；8. 疾病复发、未控、转移可能，远期预后极差，建议行基因检测，指导后续辅助治疗等；。

术中冰冻病理可能出现的风险

手术中冰冻切片检查是临床医师在实施手术过程中，就与手术方案有关的疾病诊断问题请求病理医师快速进行的紧急会诊，手术中冰冻切片检查可能出现的风险和注意事项：

1. 冰冻切片诊断仅为手术医师提供参考性意见，它具有局限性，其准确率一般在95%左右。
2. 一些病变单靠冰冻切片难以鉴别良恶性，为防止对患者造成不必要的损伤，病理医师遇到不典型或可疑恶性时会在冰冻报告中提示等待常规石蜡切片诊断。
3. 冰冻报告不能作为最后诊断，最后诊断必须等待石蜡切片。
4. 冰冻报告与常规石蜡切片报告可能不一致，此时以石蜡切片诊断报告为准，手术方案有可能因此发生改变。
5. 您在慎重考虑风险与危害后，有权“接受”或“拒绝”冰冻检查，而等待“常规石蜡切片诊断”。

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

患者或授权家属签名

签名日期 2021年 12月 21日



北京大学人民医院
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL



妇科手术知情同意书

姓名 _____ 性别 女 年龄 65岁 住院号 _____

- 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、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了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作出调整。
- 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。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。
- 我 ☐ 接受术中冰冻病理检查 ☐ 拒绝术中冰冻病理检查，等待常规石蜡切片诊断

患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日
身份证号 _____ 联系电话 _____
通讯地址 _____

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属（或法定监护人）在此签名：
患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 女儿 签名日期 2021 年 10 月 21 日
身份证号 _____ 联系电话 _____
通讯地址 _____

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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名 _____ 签名日期 2021 年 10 月 21 日

患者或授权亲属签名 _____ 签名日期 2021 年 10 月 21 日