

武汉大学中南医院

手术知情同意书

患者姓名: 年龄: 65 岁 性别: 男 病历号:

疾病介绍和治疗建议

临床诊断: 胃恶性肿瘤; 内脏反位; 肿瘤性营养不良; 肿瘤性贫血; 低蛋白血症

相关治疗方案: 1、腹腔镜手术治疗
2、开腹手术治疗
3、放化疗
4、中医中药治疗
5、观察或放弃治疗

医师推荐治疗方案: 1.腹腔镜手术治疗

谈话医师签名:

2022年 8月 4日 11时 6分

患者或代理选择治疗方案:

医院已向我交代了以上治疗方案的优缺点, 我决定选择第 1 方案, 即
腹腔镜手术治疗

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者的关系): 父子

2022年 8月 4日 11时 10分

授权委托书

本人因 需要手术 缘故, 不能或者不愿自己亲自签署在院期间的特殊检查(治疗)和手术知情同意书, 特授权 代替本人签署相应的同意书, 其内容均代表本人意愿。

被授权人(代理人)与患者的关系: 父子

代理权限: 全权代理

患者签名:

被授权人(代理人)签名:

2022年 8月 4日 11时

患者或授权亲属签名:

签名日期 2022年 8月 4日

医生已告知我患有 胃恶性肿瘤；内脏反位；肿瘤性营养不良；肿瘤性贫血；低蛋白血症；疾病，需要在 复合全 麻醉下进行手术治疗并告诉我如下事项。

手术潜在风险和对策

医生告知我本次手术拟行腹腔镜胃癌根治术，手术过程中及手术后可能发生如下系列风险，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. 我理解手术中及手术后可能发生的风险和医生的对策：
 - 1) 可能发生麻醉意外，创伤性休克，输血反应引起的过敏性或大出血性休克而危及生命；
 - 2) 手术中、手术后可能发生隐性疾患突发、心脑血管意外、肺栓塞、脑梗塞，可能出现心功能衰竭、呼吸衰竭、肝功能衰竭、肾功能衰竭、DIC、多器官功能不全，以及其他难以预料的病情变化，严重时可能危及生命。
 - 3) 手术方式根据术中实际情况而定，如腹腔镜检查，腹腔镜辅助远端胃大部切除术或者全胃切除术+D2淋巴结清扫，如探查发现肿瘤外侵且粘连明显，可能行中转开腹，联合脏器切除术或姑息性切除术，如探查发现肿瘤难以切除，可能仅行转流手术、腹腔热灌注化疗术、放弃手术等，具体根据术中情况定。
 - 4) 术中可能因解剖变异、严重粘连、肿瘤侵犯等，可能无法避免地损伤周围及附近相关脏器、血管、神经等，必要时行联合脏器切除术；如脾脏、胰腺、胆囊、肝脏、横结肠、小肠等脏器。
 - 5) 术后可能发生腹腔感染、肺部感染、全身感染等，严重时可能导致感染性休克。
 - 6) 术后可能出现消化道出血、吻合口出血、腹腔内出血、粘连性肠梗阻、吻合口瘘或狭窄，以及其它难以预料的病情变化等，必要时可能需要再次手术，严重者死亡；
 - 7) 术后可能发生营养不良、膈下脓肿，出血，胆漏，肠痿，胰痿。
 - 8) 术后可能出现切口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合，瘘管及窦道形成，切口疝以及其他难以预料的病情变化等，必要时可能需要再次手术。
 - 9) 术后肝功能不全、肝性脑病、肝昏迷、大量腹水、胸腔积液、消化道出血、感染等并发症，严重者可危及生命。
 - 10) 水电解质平衡紊乱；诱发原有疾病恶化；
 - 11) 术后倾倒综合征、低血糖综合征；
 - 12) 术后腹胀、恶心、呕吐；
 - 13) 术后大便次数增多、腹泻或便秘，肠功能不全等。
 - 14) 术后尿潴留；
 - 15) 术后粘连性肠梗阻；
 - 16) 术后胃肠道出血，应激性溃疡，严重者死亡；
 - 17) 根据患者病情，术后患者若行腹腔热灌注化疗术治疗，术后一周内可能行2-3周期腹腔热灌注化疗术；腹腔热灌注化疗术可能发生心脑血管隐性疾患突发、脑灌注不足，多器官功能衰竭（如心功能衰竭、呼吸衰竭、肝功能衰竭、肾功能衰竭）DIC、心肌

患者或授权亲属签名

签名日期 2022年 8月 4日

梗死、脑出血、脑梗死、脑栓塞、肺栓塞等或发生难以预料的病情变化可危及生命，严重者可致肢体运动障碍、意识丧失、昏迷、甚至植物人。

18) 术后根据病理分期决定是否需行化疗、放疗；即使综合治疗后，仍可能出现肿瘤复发，远处转移；

19) 术后可能根据病情继续行进一步治疗，如放化疗等；

20) 术中使用一次性手术器械，价格昂贵。术后可能转入 ICU 病房；

21) 其它可能发生的无法预料或不能防范的并发症。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、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：

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式作出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及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。

患者签名

身份证号

通讯地址

签名日期 2022 年 8 月 4 日

联系电话

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 年 月 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。

医生签名

签名日期 2022 年 8 月 4 日

患者或授权亲属签名

签名日期 2022 年 8 月 4 日

武汉大学中南医院

手术知情同意书

患者姓名: 年龄: 55 岁 性别: 男 病历号:

疾病介绍和治疗建议

临床诊断: 胃底及贲门恶性肿瘤; 内脏反位; 双侧 单纯性肾囊肿; 胆囊结石

相关治疗方案: 1、腹腔镜手术治疗
2、开腹手术治疗
3、放化疗
4、中医中药治疗
5、观察或放弃治疗

医师推荐治疗方案: 1.腹腔镜手术治疗

谈话医师签名:

2019年12月23日 10时 0分

患者或代理选择治疗方案:

医院已向我交代了以上治疗方案的优缺点, 我决定选择第 1 方案, 即

腹腔镜手术治疗

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者的关系): 父子

2019 年 12 月 23 日 10 时 10 分

授权委托书

本人因 需要手术 缘故, 不能或者不愿自己亲自签署在院期间的特殊检查(治疗)和手术知情同意书, 特授权 代替本人签署相应的同意书, 其内容均代表本人意愿。

被授权人(代理人)与患者的关系: 父子

代理权限: 全权代理

患者签名:

被授权人(代理人)签名:

2019 年 12 月 23 日 10 时

患者或授权亲属签名:

签名日期 2019 年 12 月 23 日

医生已告知我患有 胃底及贲门恶性肿瘤；内脏反位；双侧 单纯性肾囊肿；胆囊结石；疾病，需要在 复合全 麻醉下进行手术治疗并告诉我如下事项。

手术潜在风险和对策

医生告知我本次手术拟行腹腔镜胃癌根治术，手术过程中及手术后可能发生如下系列风险，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. 我理解手术中及手术后可能发生的风险和医生的对策：
 - 1) 可能发生麻醉意外，创伤性休克，输血反应引起的过敏性或大出血性休克而危及生命；
 - 2) 手术中、手术后可能发生隐性疾患突发、心脑血管意外、肺栓塞、脑梗塞，可能出现心功能衰竭、呼吸衰竭、肝功能衰竭、肾功能衰竭、DIC、多器官功能不全，以及其他难以预料的病情变化，严重时可能危及生命。
 - 3) 手术方式根据术中实际情况而定，如腹腔镜检查，腹腔镜辅助远端胃大部切除术或者全胃切除术+D2 淋巴结清扫，如探查发现肿瘤外侵且粘连明显，可能行中转开腹，联合脏器切除术或姑息性切除术，如探查发现肿瘤难以切除，可能仅行转流手术、腹腔热灌注化疗术、放弃手术等，具体根据术中情况定。
 - 4) 术中可能因解剖变异、严重粘连、肿瘤侵犯等，可能无法避免地损伤周围及附近相关脏器、血管、神经等，必要时行联合脏器切除术；如脾脏、胰腺、胆囊、肝脏、横结肠、小肠等脏器。
 - 5) 术后可能发生腹腔感染、肺部感染、全身感染等，严重时可能导致感染性休克。
 - 6) 术后可能出现消化道出血、吻合口出血、腹腔内出血、粘连性肠梗阻、吻合口瘘或狭窄，以及其他难以预料的病情变化等，必要时可能需要再次手术，严重者死亡；
 - 7) 术后可能发生营养不良、膈下脓肿，出血，胆漏，肠痿，胰痿。
 - 8) 术后可能出现切口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合，瘘管及窦道形成，切口疝以及其他难以预料的病情变化等，必要时可能需要再次手术。
 - 9) 术后肝功能不全、肝性脑病、肝昏迷、大量腹水、胸腔积液、消化道出血、感染等并发症，严重者可危及生命。
 - 10) 水电解质平衡紊乱；诱发原有疾病恶化；
 - 11) 术后倾倒综合征、低血糖综合征；
 - 12) 术后腹胀、恶心、呕吐；
 - 13) 术后大便次数增多、腹泻或便秘，肠功能不全等。
 - 14) 术后尿潴留；
 - 15) 术后粘连性肠梗阻；
 - 16) 术后胃肠道出血，应激性溃疡，严重者死亡；
 - 17) 根据患者病情，术后患者若行腹腔热灌注化疗术治疗，术后一周内可能行 2-3 周期腹腔热灌注化疗术；腹腔热灌注化疗术可能发生心脑血管隐性疾患突发、脑灌注不足，多器官功能衰竭（如心功能衰竭、呼吸衰竭、肝功能衰竭、肾功能衰竭）DIC、心肌

患者或授权亲属签名

签名日期 2019 年 12 月 23 日

梗死、脑出血、脑梗死、脑栓塞、肺栓塞等或发生难以预料的病情变化可危及生命，严重者可致肢体运动障碍、意识丧失、昏迷、甚至植物人。

18) 术后根据病理分期决定是否需行化疗、放疗；即使综合治疗后，仍可能出现肿瘤复发，远处转移；

19) 术后可能根据病情继续行进一步治疗，如放化疗等；

20) 术中使用一次性手术器械，价格昂贵。术后可能转入ICU病房；

21) 其它可能发生的无法预料或不能防范的并发症。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、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：

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式作出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及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。

患者签名

身份证号

通讯地址

签名日期 2019 年 12 月 23 日

联系电话

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 年 月 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。

医生签名

签名日期 2019 年 12 月 23 日

患者或授权亲属签名

签名日期 2019 年 12 月 23 日