



説明書・同意書

説明書

私は患者 殿 (ID) に 5月25日 に実施する
医療行為 手術 について次のように説明いたしました。

1. 現在の診断病名と病状:

右上葉肺癌

2. その医療行為を採用する理由(目的・必要性・有効性):

治療の一環として

3. その医療行為の具体的内容:

ロボット支援右肺上葉切除術+縦隔リンパ節郭清術。全身麻酔で行います

- ・ダビンチXiという手術用ロボットを用いて行います。4か所の小さな傷と4-5cm程度の小開胸も加えます。手術の状況(強度の癒着、出血等)によっては開胸手術に移行します。
- ・ロボット手術の安全性は確認されていますが、機械であり、誤作動、停止等の異常が起きる可能性もあります。
- ・術中所見、全身麻酔後の呼吸機能により、拡大手術(右肺全摘)、縮小手術(区域切除、部分切除)になる可能性があります。
- ・播種性病変を認めた場合、切除の意義はなく、播種病変の病理検査後に終了します。
- ・胸腔内にチューブを挿入し、手術を終了します。後日抜去します。

4. その医療行為を行った場合の予後、改善の見込、程度:

手術は根治治療の上で重要な医療行為です。手術で摘出した試料に対し詳細な病理診断を行います。腫瘍の性状、リンパ節転移の状態より、術後薬物療法内容を決定いたします

5. その医療行為に伴う合併症の種類、程度と頻度、合併症が生じた際の改善の見込や程度

(文献に報告されているデータ、可能であれば当院におけるデータ、PSなどを考慮した個別の患者に関するものを記載)

生命に関わる合併症が2-3%で起こる可能性があります。

1. 出血: 術後出血のため手術室に戻って止血術を行わなければならないことがまれにあります。
2. 無気肺・肺炎: 痰の排出が悪いと気管支が閉塞し無気肺となります。無気肺になると細菌が付きやすく、肺炎を併発することがあります。
3. 肺泡瘻: 切離肺面より空気漏れが続くことがあります。自然に改善しますが、癒着療法(自己血+薬剤注入)、再開胸による閉鎖術を必要とする場合があります。
4. 気管支断端瘻: 肺葉切除の際に切離した気管支の断端に縫合不全が起きる可能性があります。肺炎を併発すると起きやすい合併症です。発生すると生命に関わる重篤な状態に陥る合併症であり、膿胸が併発します。長期間の治療期間を要する状況になります。
5. 嚔声: 手術中やむを得ず声を出す神経を損傷することがあります。
6. 創感染: 創部が感染して、膿を外に出す処置が必要になることがあります。
7. 不整脈: 一時的な不整脈が起きることがあります。重篤な場合ごく稀に循環器医師と相談する事があります。
8. 間質性肺炎急性増悪: 人工呼吸器管理が必要となる場合があります。
9. 在宅酸素療法

6. その医療行為を受けなかった場合の予後、改善の見込み、程度:

手術を施行しない肺癌根治治療は、現段階では困難です。

7. 代替的医療行為が有る場合には、その内容および利害得失:

手術と同等な代替治療はありません。

8. いかなる医療行為を行わなかった場合の予後、改善の見込、程度：
病気進行の可能性

9. 他の医療機関を受診しセカンドオピニオンを受ける権利があること
病気の診断や治療について、他の病院を自由に選択し意見を求めることができます(セカンドオピニオン)。
セカンドオピニオンについてお聞きになりたい時には、いつでもご相談下さい。

10. 同意はいつでも取り消し、診療を中止できること
同意はいつでも取り消し、診療を中止することができます。担当医まで申し出て下さい。診療に同意されない
場合でも何ら不利益はありません。

11. その他必要と思われる事項

令和3年5月17日

旭川医科大学病院 呼吸器外 科(部)主治医
科(部)医師
同席者

同意書

旭川医科大学病院長 殿

このたび診療を依頼しました貴院において、左記の医療行為を受けるにあたっては、
あらかじめ担当医師からその必要性、内容等について十分な説明を受け、納得いたし
ましたので、実施することに同意いたします。なお、緊急または予想外の処置の必要
が生じた場合には、適切な処置が行われることについても同意いたします。

3 年 5 月 17 日

患者	ふりがな					
	氏 名		男・女	1947年10月11日生 (73 才)		
	住 所	〒 0710161 上川郡美瑛町字旭第2				
保護者 又は 近親者 (患者が未成年のときは 両親 その他の場合は最も近い親族)	氏 名		男・女	年令 71 才	患者との続柄	妻
	住 所	(同 上)				
	氏 名		男・女	年令 才	患者との続柄	
	住 所					

* 「説明・同意書」は、医師・同席者が署名を行い、患者・保護者又は近親者へ説明して同意・署名を得て下さい。

* 患者・保護者又は近親者同意・署名後コピーをとり、コピーを家族・患者へ渡して下さい。原本をスキャン室へ提出して下さい。