

山东大学第二医院手术知情同意书

尊敬的患者：您好！

根据您目前的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一、一般项目

患者姓名： 性别： 男 年 龄： 52
科 室： 介入医学科 病区： 明德楼一楼病区 住院号：

二、医师告知

【术前诊断】 肝细胞肝癌 肝动脉门静脉癌

【拟行手术指征及禁忌证】

手术适应症：诊断明确，无明显介入手术禁忌。

手术禁忌证：1. 严重心、肝、脑、肺、肾等重要脏器功能不全；2. 恶液质状态；3. 严重凝血功能不全；4. 肿瘤体积超过肝脏体积 70%；5. 其它。

【替代医疗方案】（不同的治疗方案及手术方式介绍）

根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式：

1. 外科手术：创伤大、风险高；2. 物理或者化学消融治疗，如无水乙醇消融术、射频消融术等，可做为巩固治疗措施；3. 放射性粒子组织间植入近距离治疗术：费用较高；4. 放、化学治疗：疗效差；5. 支持治疗；6. 其它。

【建议拟行手术名称】 肝动脉造影+肝动脉门静脉癌栓塞术+肝动脉化疗栓塞术。

【手术目的】 封闭癌口，控制肿瘤生长，延长生存期。

【手术部位】 穿刺部位在腹股沟区

【拟行手术日期】 2018-10-09。

【拒绝手术可能发生的后果】 肿瘤生长失去控制。

【患者自身存在高危因素】 合并高血压、糖尿病。

【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】

- 1、穿刺部位渗血、出血、血肿、感染；血管损伤引起夹层、动静脉瘘、假性动脉瘤破裂出血等。
- 2、血栓栓塞性并发症，如深静脉、肢体动脉、肾动脉等血栓形成或栓塞，脑、肺、肠系膜上动脉、冠状动脉等血管血栓形成或栓塞可致死亡。
- 3、穿刺及治疗可致应激反应引起各种心律失常，严重时可发生室性心动过速、心室颤动脑、血管意外死亡等。
- 4、可发生急性心肌梗死、心力衰竭、休克及猝死等。
- 5、对比剂反应，重者如过敏性休克、喉头痉挛窒息、肾衰等可有生命危险，甚或死亡
- 6、如血管迂曲、变异、狭窄或其他各种原因可致插管困难治疗失败；机器故障或患者不能配合，导致手术无法进行，已开封的手术器械仍需收费；
- 7、专科并发症（1）栓塞后综合征，如腹部疼痛、发热（体温最高可达 40℃左右）等；（2）化

疗药物副反应，如胃肠道反应（包括恶心、呕吐、腹胀等）、骨髓抑制（如 WBC、RBC、PLT 计数下降）、脱发、肝肾功能受损；（3）异位栓塞致其他脏器受损；（4）如手术需要使用微导管，费用较高；（5）腹腔内重要组织结构损伤、肝肾功能衰竭、肝肺综合征、肝昏迷、腹水、胰腺炎、消化道出血、死亡等；（6）肝脓肿；（7）X 线照射可能对机体有轻微损伤；（8）脑出血、死亡；（9）肿瘤转移、病情进展等难以预测的情况。

我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

【术后主要注意事项】注意监测生命体征及神志意识变化，注意有无呼吸困难及腹膜炎体征，有无刀口出血、渗血，有无下肢肢体肿胀、疼痛。

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

经治医师签字：_____ 签字时间：2018 年 10 月 8 日 9 时 10 分 签字地点：医生办公室

术者签字：_____ 签字时间：2018 年 10 月 8 日 9 时 20 分 签字地点：医生办公室

三、患者及委托代理人意见

我及委托代理人确认：医师向我解释过我的病情及所接受的手术，并已就以上医疗风险向我进行了详细说明。我了解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；

医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明

我 1312 （填同意）接受该手术方案并愿意承担手术风险。

并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患者及委托代理人签字：_____ 与患者关系： 本人。

签字时间：2018 年 10 月 8 日 9 时 30 分 签字地点：医生办公室

四、备注

1、如果患者或委托人拒绝签字，请医师在此说明：_____

2、术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应重新履行告知并签署知情同意书