

镇江市第三人民医院 手术同意书

科别 感染二科

病区 二病区

床号 35

住院号

姓名 性别 女 年龄 53

患者因病于 2023-04-26 14:42。入住我院感染二科。科。根据患方所述的病情、存在的症状及有关检查，术前拟诊断为 1. 原发性肝癌 2. 乙型肝炎后肝硬化失代偿期 3. 肝硬化伴食管下段静脉曲张。由于病情需要，经治医师建议于 2023-04-27，拟行 C T 引导下肝癌射频消融手术。该手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技术水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄因素，绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。由于已知和无法预见的原因，本次手术可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官等某些难以防范和处理的意外情况。即使医务人员已经认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下，手术仍有可能发生如下医疗风险：

术中或术后可能出现的并发症、手术风险及应对措施：

1. 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；
2. 穿刺部位出血或血肿形成，腹/胸腔内大出血，腹/胸膜炎；
3. 术中出现心脑血管意外，如出现迷走神经反射，导致低血压、心跳减慢甚至心跳骤停等；
4. 术后出现疼痛或者是顽固性肋间神经痛，可能发生皮肤烧伤，严重者可能需要植皮；
5. 穿刺和手术失败、肿瘤不能完全坏死、过度消融、误消融正常组织、肿瘤复发转移，针道种植转移，病灶出血导致肿瘤广泛播散等；
6. 病灶毗邻脏器的灼伤，甚至穿孔，如：穿破胸膜，发生血气胸，胸腔感染，咯血窒息，严重可导致呼吸衰竭；胆囊穿孔导致胆汁性腹膜炎；胆管损伤导致梗阻性黄疸；胃、肠道损伤甚至穿孔导致腹膜炎；误穿大血管导致大出血休克等等，出现以上情况可能需要手术治疗，甚至有生命危险；
7. 术后出现发热、疼痛、恶心、呕吐等反应；
8. 术后出现感染、局部脓肿形成、菌血症甚或脓毒败血症发生；
9. 术后出现肝肾功能衰竭，黄疸、腹水，低蛋白血症，血红蛋白尿，无尿等；
10. 其它可能发生的无法预料或不能防范的并发症。
11. 根据患者的病情，患者可能出现的特殊并发症或风险有：1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10。
12. 如果患者有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或高龄或有吸烟史，以上风险可能会加大，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。

【替代治疗方案】根据患者的病情，除上述手术外还可采用的治疗方法有：1. 肝移植 2. 外科手术切除 3. 肝癌介入治疗 4. 无水酒精注射 等。

【患者知情选择】

医生已向我告知患者的病情、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

镇江市第三人民医院 手术同意书

科别 感染二科

病区 二病区

床号 35

住院号

险、可能存在的其它治疗方法，并解答了我关于此次操作的相关问题。

我理解任何手术麻醉都存在风险，任何药物都可能产生副作用。

我同意医生在手术中可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解患者的手术需要多位医生共同进行。

我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、医疗废物处理和医学研究等，我知晓如果用于医学研究，我的个人信息会得到严格保密。

我 自愿选择 (自愿选择) 该手术方案，并有充分的思想准备愿意承担可能面临的风险。

患者签名: 签名日期 2023年4月27 日

我 (自主决定拒绝) 该手术方案，并愿意承担因不施行手术而发生的一切后果。

患者签名: 签名日期: 年 月 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: 丈夫 日期: 2023 年 4 月 27 日

医院经治医师签字: 医师: 张凯
日期: 2023年04月27日