

腹腔镜手术知情同意书

姓名: 性别: 年龄: 岁 科别: 胃肠外科病区 床号: 病案号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有(胃窦)胃肠间质瘤,需要在全身麻醉下进行腹腔镜下胃楔形切除术。此操作/手术的目的在于:切除肿瘤。

替代疗法:非手术治疗,给予随访观察,但有肿瘤进展可能。

手术潜在风险和对策

医生告知我此操作/手术可能发生的风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,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。

手术治疗:有以下风险及意外:

1. 麻醉意外、术后谵妄;
2. 术中术后重要脏器并发症、意外及功能不全,术后认知功能不全;
3. 制造气腹过程中可并发皮下气肿,高碳酸血症等;
4. 术中(副)损伤局部重要血管及脏器致相应功能障碍(如损伤肝胆胰等重要器官,出现胆瘘、胰瘘等);
5. 术中发现腹腔粘连严重,需要中转开腹;
6. 术中术后出血,术后腹腔积液、腹腔盆腔感染、腹腔脓肿形成,需二次手术;
7. 术中依情况决定术式,如远端胃切除、胃楔形切除等;
8. 术后戳卡口出血、感染,不愈合,延期愈合或裂开,术后戳卡口疝;
9. 术后吻合口狭窄、梗阻、出血、瘘可能,甚至需要再次手术;
10. 术后粘连性肠梗阻,甚至需要再次手术;
11. 术后胃排空障碍(胃瘫、幽门梗阻)、贫血、营养不良;切胃并发症如输入、输出袢梗阻;
12. 术后肿瘤复发、转移、腹水、恶液质等;
13. 术后病理决定预后及进一步治疗;
14. 术后下肢深静脉血栓形成及(肺动脉)栓塞并发症;
15. 术中应用一次性戳卡、结扎夹、超声刀、吻合器等植入品及其他高值耗材、自费药品;
16. 术后如患者一般情况差,需转ICU科。
17. 其它不可预知的意外。

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、

腹腔镜手术知情同意书

姓名:  性别:  年龄:  岁 科别: 胃肠外科病区 床号:  病案号: 

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。

我授权医师对引流物、抽取物、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、细胞学检查和医疗废物处理等。

我已明白医生交代的上述内容,我明确表示(同意或拒绝) 同意 手术,不选择其他替代疗法。

患者或监护人签名 _____ 签名时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权代理人在此签名:

代理人签名  与患者关系 配偶 签名时间 2021 年 06 月 07 日 11 时 30 分

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、可能存在的其它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  签名时间 2021 年 06 月 07 日 11 时 00 分

备注:如患者既不同意以上操作,也不签字,请如实记录:

河北省人民医院

手术知情同意书

姓名: 性别: 年龄: 岁 科别: 胃肠外科病区 床号: 病案号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有胃癌,需要在全身麻醉下进行腹腔镜下胃癌根治术。

此项操作/手术的目的在于:根治性切除肿瘤,以利后续综合治疗。

替代疗法:非手术治疗,抑酸、支持疗法及相关化疗及其他辅助治疗,一定情况下可延缓病情发展、改善症状,但无根治可能性,仍有肿瘤出血、转移扩散等可能,丧失根治手术机会。

手术潜在风险和对策

医生告知我此项操作/手术可能发生的风险及意外,有些不常见的风险可能没有在此列出,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. 麻醉意外:术后认知功能不全、精神障碍、谵妄等;
2. 术中术后重要脏器(心肺肝肾等)并发症、意外及功能不全;
3. 制造气腹过程中可并发皮下气肿,高碳酸血症等;
4. 术中(副)损伤局部重要血管及脏器致相应功能障碍(如损伤肝胆胰等重要器官,出现胆瘘、胰瘘等;损伤脾脏导致出血,可能行脾切除);
5. 术中术后出血,局部血肿形成,术中大出血引起失血性休克等可能;
6. 术中依情况决定术式,如腹腔镜下远端胃、全胃根治性切除术,姑息切除、联合脏器切除、胃空肠吻合、单纯性探查手术等;根据术中情况,有术中腹腔化疗、术后腹腔热灌注治疗可能;术中发现腹腔粘连严重、大出血或肿瘤浸润严重等情况可能需要中转开腹;
7. 术中有可能开胸吻合或打开膈肌进行吻合可能;术后需胸腔闭式引流可能;
8. 术后腹部或胸部戳卡口、切口感染,延期愈合或裂开;术后戳卡口疝、腹壁切口疝;
9. 术后胸腹腔积液、腹盆腔感染或脓肿形成有二次手术可能;胸腔积液、气胸、脓胸需反复穿刺等;
10. 术后吻合口狭窄、出血、漏可能,甚至需要再次手术;术后淋巴漏;
11. 术后肠粘连、肠梗阻;
12. 术后(残)胃肠功能障碍、返流性食管(胃)炎、贫血、营养不良;切胃并发症如输入、输出袢梗阻;
13. 术后消化道其他隐匿部位大出血可能需二次手术;
14. 术后肿瘤复发、转移、腹水、恶液质等;
15. 术后病理决定预后及进一步治疗;
16. 术后下肢深静脉血栓形成及(肺动脉)栓塞并发症(致死率极高)。

默认

手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED] 岁 科别: 胃肠外科病区 床号: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]

18. 术后如患者一般情况差, 需转ICU科脏器支持治疗, 费用较高;

19. 其它不可预知的意外及时沟通。

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、可能存在的其它治疗方法并且解答了我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做出调整。

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。

我授权医师对引流物、抽取物、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、细胞学检查和医疗废物处理等。

我已明白医生交代的上述内容, 我明确表示(同意或拒绝) 同意 手术, 不选择其他替代疗法。

患者或监护人签名 _____ 签名时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权代理人在此签名:

代理人签名 [REDACTED] 与患者关系 母子 签名时间 2020年09月21日08时10分

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、可能存在的其它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 [REDACTED] 签名时间 2020年09月21日08时00分

备注: 如患者既不同意以上操作, 也不签字, 请如实记录: