

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：

年龄：

科 室：

病区：

住院号：

二、医师告知

【术前诊断】1. 胃角中分化腺癌（cT3N2M0）2. 重度贫血 3. 食管高级别上皮内瘤变 4. 慢性支气管炎 5. 肺气肿、肺大泡 6. 房性期前收缩[房性早搏] 7. 肺动脉瓣轻度返流 8. 主动脉瓣轻度返流 9. 双肺小结节

【拟行手术指征及禁忌症】患者胃角中分化腺癌诊断明确，有手术指征，术前各项辅助检查无绝对手术禁忌。

【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：

胃癌根治术，保守治疗

【建议拟行手术名称】腹腔镜远端胃癌根治术，或据术中所见决定手术方式

【手术目的】切除肿瘤所在组织及其系膜及区域淋巴结

【手术部位】上腹部

【拟行手术日期】2022年07月27日

【拒绝手术可能发生的后果】肿瘤继续进展，转移、多器官转移，直至衰竭，或合并梗阻等。

【患者自身存在高位因素】肿瘤分期较晚，既往转化治疗后

【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】

- ☐1、麻醉意外见麻醉知情同意书。心脑血管意外；插管意外；猝死等；
- ☐2、术中据探查情况决定手术切除范围可能性全胃切除、胃部分切除等。
- ☐3、术中因肿瘤与膈肌、胰腺、肝脏等组织浸润固定无法切除，或行胃肠吻合；术中因肿瘤固定、心血管系统及呼吸系统不耐受气腹而中转行传统开腹手术；
- ☐4、术中因肿瘤腹腔广泛转移，无法手术仅行空肠造瘘，或胃造瘘术，术后出血，需介入治疗；
- ☐5、术中周围组织脏器损伤及相应并发症，肝脏、胆道损伤、胰腺十二指肠损伤；
- ☐6、术后肝功能衰竭、肝肾综合症、门静脉高压症、顽固性腹水等；
- ☐7、术后切口感染，切口裂开，脂肪液化，延迟愈合，需二次缝合、切口疝；
- ☐8、术后出血，需二次手术；
- ☐9、术后腹腔感染，腹腔脓肿形成，手术引流脓肿；
- ☐10、肠粘连、粘连性肠梗阻、再次手术解除梗阻。
- ☐11、术后营养不良、贫血、反流性胃炎、反流性食管炎、消化道功能紊乱；低血糖综合征、倾倒综合征；
- ☐12、吻合口漏、吻合口出血、吻合口狭窄；肠漏（瘘）、胆漏（瘘）、胰漏（瘘）；
- ☐13、术后肿瘤复发或广泛转移；
- ☐14、皮下气肿、空气栓塞、高碳酸血症；术后呼吸、泌尿系统感染，下肢深静脉血栓形成、肺栓

塞；心脑血管意外、猝死；术后转 ICU 等。
其他：一切不可预知的不良事件

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】按医嘱时间进食。早期下地活动。卧床期间注意按摩双下肢、协助患者翻身、

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：[REDACTED] 签字时间：2022年07月26日 / 时 / 分 签字地点：医生办公室
患者签字：[REDACTED] 签字时间：2022年07月26日 / 时 / 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_1-14_（请填写第（1）到（14）项）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

（请患者或委托人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样）

我 同意（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：[REDACTED] 患者关系：[REDACTED]。

签字时间：2022年07月26日 / 时 / 分 签字地点：医生办公室

我 _____（填不同意）接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。

患者及委托代理人签字：_____ 与患者关系：_____。

签字时间：_____年_____月_____日_____时_____分 签字地点：_____

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。