

安徽医科大学第一附属医院

手术知情同意书

姓名: [] 性别: 女 年龄: 33 岁 科室: [] 床号: [] 住院号: []

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 胰腺占位性病变 食管狭窄 慢性腹泻 需要在 全身 麻醉下进行 胰十二指肠切除术+消化道 Chid 重建术 手术。

手术目的: 1) 进一步明确诊断 2) 切除病灶(可疑癌变/癌变/功能进/其他) 3) 缓解症状
4) 其他_____

手术潜在风险和对策:

医生告知我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, 具体的手术术式根据不同患者的情况有所不同, 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. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策:
 - 1) 麻醉并发症严重者可致休克, 危及生命;
 - 2) 术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命;
 - 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式;
 - 4) 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合, 瘘管及窦道形成;
 - 5) 脂肪、羊水栓塞: 严重者可致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命;
 - 6) 呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
 - 7) 心脏病并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心搏骤停;
 - 8) 尿路感染及肾衰竭;
 - 9) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫;
 - 10) 精神病并发症: 手术后精神病及特别的其他精神问题;

安徽医科大学第一附属医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 33 岁 科室: [REDACTED] 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

- (11) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞;
- (12) 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血);
- (13) 水电解质平衡紊乱;
- (14) 诱发原有疾病恶化;
- (15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;
- (16) 再次手术;

4. 我理解如果我患有高血压心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 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。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

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他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、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者或授权亲属签名: [REDACTED]

签名日期 2020 年 2 月 7 日

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、可能存在的其他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]

签名日期 2020 年 2 月 7 日

安徽医科大学第一附属医院

内镜下扩张治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 33 岁 科室: [REDACTED] 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

患者因吞咽困难,需要进行内镜下扩张治疗,以缓解进食受阻,从而提高生活质量。内镜下扩张治疗是一项侵入性治疗操作,有一定的创伤性和危险性。可能发生的并发症风险如下:

1. 咽喉部损伤、胸痛、发热、异物感、感染、吸入性肺炎。
2. 穿孔、脓胸、腹膜炎、纵隔炎、纵隔气肿、气胸、心包积液等。
3. 治疗中或治疗后消化道大出血。
4. 各种严重性或致命性心律失常、急性心肌梗死、猝死等。如原有心脏病,这种风险加大。
5. 急性脑血管意外。
6. 食管黏膜内血肿,食管炎,食管溃疡形成。狭窄加重。
7. 治疗效果不满意,可能需要重复扩张治疗。

此外,还有一些不常见的风险在此没有列出。

尽管上述胃镜检查并发症的情况发生率很低,但检查中不能做到绝对避免。我们会以高度的责任心对待每一位患者,一旦发生并发症或有关意外情况,我们将会竭尽全力救治。为充分尊重患者及其家属的知情权,特此告知。

患者或患者授权亲属知情后意见:

医师所说的以上情况我已听懂,明白,经过慎重考虑,如出现上述并发症风险,表示理解。

患者或授权亲属签名: [REDACTED]

签名日期 2020 年 5 月 15 日

医生签名: [REDACTED]

签名日期 2020 年 5 月 15 日

安徽医科大学第一附属医院

胃镜、超声胃镜检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 33 岁 科室: [REDACTED] 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

患者因食管狭窄,拟在我院内镜中心行超声胃镜引导下食道狭窄肌切开术。超声胃镜是侵入性检查,有一定的创伤性和危险性,有发生一些并发症和意外的风险。可能发生的并发症风险如下:

1. 过敏反应, 过敏性休克
2. 咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎
3. 食管贲门黏膜撕裂
4. 食管胃十二指肠穿孔
5. 出血
6. 原有食管胃静脉曲张, 诱发大出血
7. 各种严重心律失常
8. 急性心肌梗死脑血管意外
9. 下颌关节脱臼

此外, 还有一些不常见的风险在此没有列出。

尽管上述胃镜检查并发症的情况发生率很低, 但检查中不能做到绝对避免。我们会以高度的责任心对待每一位患者, 一旦发生并发症或有关意外情况, 我们将会竭尽全力救治。为充分尊重患者及其家属的知情权, 特此告知。

患者或患者授权亲属知情后意见:

医师所说的以上情况我已听懂, 明白, 经过慎重考虑, 如出现上述并发症风险, 表示理解。

患者或授权亲属签名: [REDACTED]

签名日期 2020 年 10 月 26 日

医生签名: [REDACTED]

签名日期 2020 年 10 月 26 日