

手术知情同意书

患者姓名: 性别: 女 年龄: 63 岁 科室: 普通外科 病历号:

术前诊断	1 胃恶性肿瘤 T2N0M0 Ib 期 2. 回肠狭窄
拟施手术名称	腹腔镜胃癌根治术+回肠部分切除术

医方告知

一、术中或手术后可能出现的并发症及手术风险

根据您的病情, 需要进行手术治疗。该手术是一种有效的治疗手段, 一般来说, 手术过程是比较安全的, 但是由于个体差异及某些不可预料的因素, 术中或术后可能会发生意外和并发症, 严重者甚至会导致死亡。手术风险包括但不限于以下数种:

- 1、术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命安全;
- 2、术中因解剖位置及关系变异变更术式;
- 3、术中可能会损伤神经、血管及邻近器官;
- 4、切口并发症: 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: 严重者可导致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命安全;
- 6、呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
- 7、循环系统并发症: 心律失常、心肌梗死、心力衰竭、心搏骤停;
- 8、尿路感染及肾衰;
- 9、脑并发症: 脑血管意外、癫痫;
- 10、精神并发症: 手术后精神病及其他精神问题;
- 11、血栓性静脉炎、肺栓塞、脑栓塞;
- 12、多发脏器功能衰竭、弥漫性血管内凝血 (DIC);
- 13、水电解质平衡紊乱;
- 14、诱发原有疾病恶化;
- 15、术后病理报告与手术中快速病理检查结果不符;
- 16、可能需要再次手术;
- 17、根据病情可能需要行导尿术, 胃管、鼻肠管植入术等有创操作, 可能出现损伤、感染、穿孔及其他不可预见的不良后果;
- 18、术中损伤神经、血管及腹腔临近器官, 如肝、脾、胰腺、肠管、输尿管、膀胱、骶前血管等, 导致大出血、胰瘘、肠瘘及膀胱瘘等; 如探查发现肿瘤侵及相关脏器, 必要时需联合脏器切除如脾切除、肠切除、膀胱切除等。
- 19、术中探查发现肿瘤广泛转移, 无法根治性切除而仅行姑息性切除, 或仅行胃肠吻合术, 或仅行胃造瘘术、或仅剖腹探查手术;
- 20、术后切口感染, 腹腔感染, 吻合口漏, 出血, 胃瘫, 吻合口瘘, 吻合口狭窄梗阻, 排空障碍, 残胃溃疡及残胃癌, 肿瘤复发及远处转移, 消化功能障碍, 肠粘连肠梗阻等。若发生吻合口漏, 必要时需行二次手术治疗。
- 21、如术中未探查见回肠狭窄, 暂不切除回肠, 有再次手术可能。
- 22、术中探查发现其他病变, 有根据具体情况改变手术方式可能。
- 23、其他难以预料的情况。

二、替代医疗方案

保守治疗, 放、化疗。



手术知情同意书

患者姓名: 性别: 女 年龄: 63 岁 科室: 普通外科 病历号:

三、其它告知内容

- 1、当遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全, 医务人员会实施必要的救治措施。
- 2、对手术过程中产生的人体废弃物 (人体组织、器官等), 按国家规定可以:
 - (1) 自行处置;
 - (2) 由医院处置;
 - (3) 对感染性等对社会有危害性的, 按照国家规定由医院处置。

经治医师签名: 术者签名: 签字时间: 2022 年 7 月 3 日

患方明确意见

我已逐条详细阅读以上告知内容并得到医师通俗、详细、具体、明确的解释, 充分了解了术中或术后可能出现的并发症及手术风险、替代医疗方案的种类及各方案的优缺点和可行性, 我明确认同这些风险和替代方案, 并愿意承担相应的医疗结果。经慎重考, 我

同意 (手写“同意”或“不同意”) 进行上述手术。手术中产生的人体废弃物 由医院处置 (手写“自行处置”或“由医院处置”)。

患者签名:

或患者的监护人/委托代理人/近亲属签名:

与患者的关系: 母子

签字时间: 2022 年 7 月 3 日

因抢救生命垂危的患者等紧急情况, 且不能取得患者或其近亲属意见时, 医疗机构负责人或授权的负责人签名:

签字时间: 2022 年 7 月 3 日



电子小肠镜检查知情同意书

患者姓名： 性别：女 年龄：63岁 病历号：
联系电话：女

疾病介绍和治疗建议

医生告知我目前诊断考虑为 腹痛待诊，根据你病情诊治的需要，你有必要进行电子小肠镜检查，建议你认真了解以下内容并做出是否接受检查的决定。

电子小肠镜检查的适应证：

1. 凡有疑小肠病变，临床需要确诊者；
2. 原因不明的消化道出血，经食管、胃、十二指肠及结肠镜消化道钡餐等检查，仍未找到病变者；
3. 原因不明腹痛高度疑为小肠病变，应用其他检查方法未确诊者；
4. 已确诊的需要小肠镜随访复查者；
5. 怀疑小肠异物患者；
6. 临床怀疑小肠疾病（如慢性腹泻、消瘦疑有小肠占位而常规方法胃镜、结肠镜、消化道钡餐等）又不能确诊者；

电子小肠镜检查的禁忌证：

（一）相对禁忌证：

1. 心肺功能不全。
2. 消化道出血患者而血压未平稳者。
3. 有出血倾向，血色素低于 70g/L 者。
4. 高度脊柱畸形，巨大食管或十二指肠憩室。

（二）绝对禁忌证：

1. 严重心肺疾患，如严重心律失常、心肌梗塞急性期、重度心力衰竭、哮喘发作期、呼吸衰竭不能平卧等患者。
2. 疑有休克、消化道穿孔、肠坏死等危重患者。
3. 严重精神失常不合作的精神病患者（必要时可进行无痛内镜）。
4. 口腔咽喉急性炎症患者。
5. 食管、胃急性腐蚀性炎症患者。
6. 明显的主动脉瘤、脑梗急性期、脑出血患者。
7. 烈性、急性传染病患者。

经口小肠镜检查潜在风险和对策

医生告知我如下小肠镜检查可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性，在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| (1) 过敏反应、过敏性休克 | (2) 咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎 |
| (3) 食管贲门撕裂 | (4) 食管胃肠穿孔 |
| (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 |
| (9) 脑血管病 | (10) 下颌关节脱臼 |
| (11) 气囊压迫十二指肠乳头所致的急性胰腺炎 | |
| (12) 肠道准备过程中发生水、电解质紊乱 | |
| (13) 虚脱、低血糖 | (14) 原有肠梗阻加重 |

(15) 除上述情况外，该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其它事项，如：

2. 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，或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。



电子小肠镜检查知情同意书

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

经肛小肠镜检查潜在风险和对策

医生告知我如下小肠镜检查可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性，在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：

- | | |
|--|-------------|
| (1) 出血 | (2) 穿孔 |
| (3) 各种严重心律失常 | (4) 急性心肌梗死 |
| (5) 脑血管病 | (6) 虚脱、低血糖 |
| (7) 在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱 | (8) 原有肠梗阻加重 |
| (9) 除上述情况外，该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项，如： | |

2. 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，或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

医生陈述

我已告知患者要进行治疗的方式，此次治疗及治疗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。

医师签名：_____

签名日期：2022.6.18

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的检查方式，此次检查及检查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检查的相关问题。
- 我同意在检查中医生可以根据我的病情对预定的检查方式做出调整。
- 我理解我的检查需要多位医生的共同进行。
- 我并未得到检查百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对治疗切除的病变器官、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。

可替代诊疗方案：

√全消化道造影 √胶囊内镜 √CT √PET √其他

患者签名：_____

签名日期：2022年6月18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：

授权患者亲属签名：_____与患者关系：_____签名日期：_____年____月____日



电子小肠镜检查知情同意书

患者姓名： 性别：男 年龄：49岁 病历号：

联系电话：配偶

疾病介绍和治疗建议

医生告知我目前诊断考虑为 小肠出血可能，根据你病情诊治的需要，你有必要进行电子小肠镜检查，建议你认真了解以下内容并做出是否接受检查的决定。

电子小肠镜检查的适应证：

1. 凡有疑小肠病变，临床需要确诊者；
2. 原因不明的消化道出血，经食管、胃、十二指肠及结肠镜消化道钡餐等检查，仍未找到病变者；
3. 原因不明腹痛高度疑为小肠病变，应用其他检查方法未确诊者；
4. 已确诊的需要小肠镜随访复查者；
5. 怀疑小肠异物患者；
6. 临床怀疑小肠疾病（如慢性腹泻、消瘦疑有小肠占位而常规方法胃镜、结肠镜、消化道钡餐等）又不能确诊者；

电子小肠镜检查的禁忌证：

（一）相对禁忌证：

1. 心肺功能不全。
2. 消化道出血患者而血压未平稳者。
3. 有出血倾向，血色素低于 70g/L 者。
4. 高度脊柱畸形，巨大食管或十二指肠憩室。

（二）绝对禁忌证：

1. 严重心肺疾患，如严重心律失常、心肌梗塞急性期、重度心力衰竭、哮喘发作期、呼吸衰竭不能平卧等患者。
2. 疑有休克、消化道穿孔、肠坏死等危重患者。
3. 严重精神失常不合作的精神病患者（必要时可进行无痛内镜）。
4. 口腔咽喉急性炎症患者。
5. 食管、胃急性腐蚀性炎症患者。
6. 明显的主动脉瘤、脑梗急性期、脑出血患者。
7. 烈性、急性传染病患者。

经口小肠镜检查潜在风险和对策

医生告知我如下小肠镜检查可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性，在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：

- | | |
|---|---------------------|
| (1) 过敏反应、过敏性休克 | (2) 咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎 |
| (3) 食管贲门撕裂 | (4) 食管胃肠穿孔 |
| (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 |
| (9) 脑血管病 | (10) 下颌关节脱臼 |
| (11) 气囊压迫十二指肠乳头所致的急性胰腺炎 | |
| (12) 肠道准备过程中发生水、电解质紊乱 | |
| (13) 虚脱、低血糖 | (14) 原有肠梗阻加重 |
| (15) 除上述情况外，该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其它事项，如： | |

2. 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，或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。



电子小肠镜检查知情同意书

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

经肛小肠镜检查潜在风险和对策

医生告知我如下小肠镜检查可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性，在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：

- | | |
|--|-------------|
| (1) 出血 | (2) 穿孔 |
| (3) 各种严重心律失常 | (4) 急性心肌梗死 |
| (5) 脑血管病 | (6) 虚脱、低血糖 |
| (7) 在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱 | (8) 原有肠梗阻加重 |
| (9) 除上述情况外，该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项，如： | |

2. 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，或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

医生陈述

我已告知患者要进行治疗方式，此次治疗及治疗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。

医师签名：

签名日期：2023年4月4日

11时33分

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的检查方式，此次检查及检查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检查的相关问题。
- 我同意在检查中医生可以根据我的病情对预定的检查方式做出调整。
- 我理解我的检查需要多位医生的共同进行。
- 我并未得到检查百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对治疗切除的病变器官、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。

可替代诊疗方案：

胶囊内镜

患者签名：

签名日期：2023年4月4日11时33分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：



电子小肠镜检查知情同意书

授权患者亲属签名： 与患者关系：配偶 签名日期：2023年4月4日11时33分



电子小肠镜检查知情同意书

患者姓名： 性别：女 年龄：23岁 病历号：

联系电话：

疾病介绍和治疗建议

医生告知我目前诊断考虑为克罗恩病?，根据你病情诊治的需要，你有必要进行电子小肠镜检查，建议你认真了解以下内容并做出是否接受检查的决定。

电子小肠镜检查的适应证：

1. 凡有疑小肠病变，临床需要确诊者；
2. 原因不明的消化道出血，经食管、胃、十二指肠及结肠镜消化道钡餐等检查，仍未找到病变者；
3. 原因不明腹痛高度疑为小肠病变，应用其他检查方法未确诊者；
4. 已确诊的需要小肠镜随访复查者；
5. 怀疑小肠异物患者；
6. 临床怀疑小肠疾病（如慢性腹泻、消瘦疑有小肠占位而常规方法胃镜、结肠镜、消化道钡餐等）又不能确诊者；

电子小肠镜检查的禁忌证：

（一）相对禁忌证：

1. 心肺功能不全。
2. 消化道出血患者而血压未平稳者。
3. 有出血倾向，血色素低于70g/L者。
4. 高度脊柱畸形，巨大食管或十二指肠憩室。

（二）绝对禁忌证：

1. 严重心肺疾患，如严重心律失常、心肌梗塞急性期、重度心力衰竭、哮喘发作期、呼吸衰竭不能平卧等患者。
2. 疑有休克、消化道穿孔、肠坏死等危重患者。
3. 严重精神失常不合作的精神病患者（必要时可进行无痛内镜）。
4. 口腔咽喉急性炎症患者。
5. 食管、胃急性腐蚀性炎症患者。
6. 明显的主动脉瘤、脑梗急性期、脑出血患者。
7. 烈性、急性传染病患者。

经口小肠镜检查潜在风险和对策

医生告知我如下小肠镜检查可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性，在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| (1) 过敏反应、过敏性休克 | (2) 咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎 |
| (3) 食管贲门撕裂 | (4) 食管胃肠穿孔 |
| (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 |
| (9) 脑血管病 | (10) 下颌关节脱臼 |
| (11) 气囊压迫十二指肠乳头所致的急性胰腺炎 | |
| (12) 肠道准备过程中发生水、电解质紊乱 | |
| (13) 虚脱、低血糖 | (14) 原有肠梗阻加重 |

(15) 除上述情况外，该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其它事项，如：

2. 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，或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。



电子小肠镜检查知情同意书

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

经肛小肠镜检查潜在风险和对策

医生告知我如下小肠镜检查可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性，在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：

- | | |
|-----------------------|-------------|
| (1) 出血 | (2) 穿孔 |
| (3) 各种严重心律失常 | (4) 急性心肌梗死 |
| (5) 脑血管病 | (6) 虚脱、低血糖 |
| (7) 在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱 | (8) 原有肠梗阻加重 |
- (9) 除上述情况外，该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项，如：

2. 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，或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

医生陈述

我已告知患者要进行治疗的方式，此次治疗及治疗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。

医师签名：

签名日期：2021 年 07 月 23 日

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的检查方式，此次检查及检查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检查的相关问题。
- 我同意在检查中医生可以根据我的病情对预定的检查方式做出调整。
- 我理解我的检查需要多位医生的共同进行。
- 我并未得到检查百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对治疗切除的病变器官、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。

可替代诊疗方案：

☒全消化道造影 ☒胶囊内镜 ☐CT ☐PET ☐其他

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：

授权患者亲属签名：_____与患者关系：_____ 签名日期：2021 年 07 月



电子小肠镜检查知情同意书

月 23 日

