

个案报道患者知情同意书

本知情同意书由作者提供给个案报道的患者本人/监护人/亲属，签字表明知情并同意

本论文将在《World Journal of Clinical Cases》发表患者相关信息。

稿件题目：Reversal of Complete Atrioventricular Block in Dialysis Patients Following

Parathyroidectomy（稿号：89057）

全部作者：徐珊珊；郝立海；管延蒙

通讯作者：管延蒙

一、我 特此同意在上述杂志，及与杂志相关的出版媒介上发表与上述主题相关的我 ☒ 我的孩子或受监护人口/我的亲属口（请在正确描述后打钩）相关的信息（下称“该信息”）。

二、请在下面两项中适用的一项前面打钩：

☒ 上面文章的作者已经向我详细说明了文章的内容。

☒ 我已经阅读了向该杂志提交的相关资料。

三、我完全明白和理解以下方面内容：

1. 该文章中对我(或患者)的隐私进行了充分保护，与我（或患者）个人身份相关的信息及能辨认出个人身份的照片、图像、文字均不会被披露。我知道并理解尽管如此，我（或患者）的近亲属及与所接触的经治医护团队仍然可能从文章内容关联到我（或患者）。
2. 该信息将在杂志网站及相关的专业数据库上发布。
3. 该信息的发表面向全世界，该杂志的读者群主要为医护专业人士，用于医学专业交流，但非医生的公众人士，包括记者也有可能获取该信息。
4. 杂志不会将该信息用于广告、包装等商业用途，或节选使用。
5. 我能够在发表前随时撤回我的同意。一旦该信息被交付出版，则不能撤销此同意。

签名： 与患者关系： 日期：2024.1.10

经办作者签名： 日期：2024.1.10



潍坊市人民医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄: 31岁

登记号: [REDACTED]

科室: 肿瘤外科

病区: 肿瘤外科病区

病案号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议:

医师已告知我患有继发性甲状旁腺功能亢进; 肾功能不全(尿毒症); 甲状旁腺术后; 甲状旁腺自体移植术后; 高血压(II级 高危); 系统性红斑狼疮, 需要在气管插管全麻麻醉下进行甲状旁腺全部切除术手术。

手术目的: ☒ 进一步明确诊断

☒ 切除病灶

☐ 缓解症状

☐ 其他:

可选择的替代方案: 保守治疗。

手术潜在风险和对策:

医师告知我如下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, 具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同, 医师告诉我可与我的医师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师讨论。

一、麻醉风险和并发症(麻醉医师另行详细告知);

二、感染: 刀口感染, 延迟愈合, 疤痕愈合(影响美观); 肺部感染, 泌尿系感染;

三、手术副损伤, 即手术经过组织的损伤及相邻器官的损伤: 喉上、喉返神经损伤(术后声音嘶哑, 饮水呛咳, 严重者出现窒息, 需气管插管或切开呼吸机辅助通气); 血管损伤(出血)。气管、食管损伤。颈部肌肉粘连, 影响颈部活动。

四、术后出血, 压迫气管窒息, 危及生命可能, 必要时二次甚至多次手术止血(必要时气管切口);

五、甲状旁腺自体移植失败。术后甲状旁腺功能减低, 出现低钙、抽搐等, 需长期补钙可能。外周静脉补钙, 静脉刺激、静脉炎。

六、术中根据具体情况更改手术方案: 拟行甲状旁腺切除, 甲状旁腺自体移植, 甲状旁腺切除不完全, 必要时需再次手术。若为恶性, 行扩大切除, 必要时行局部淋巴结清扫。

七、术后复发转移: 术后复发必要时再次手术;

八、因手术麻醉打击, 术后心肝肾肺等多脏器功能衰竭。术后应激性溃疡。术后深静脉血栓形成。心脑血管意外(心律失常、心肌梗死、脑出血及脑梗塞等)导致死亡;

九、其他不可预测的风险。

一旦发生上述风险和意外, 医师会采取积极应对措施。

医师陈述:

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。

手术者签名: [REDACTED]

经治医师签名: [REDACTED]

日期: 2021年06月10日

患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手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我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包





潍坊市人民医院

手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄: 31岁

登记号: [REDACTED]

科室: 肿瘤外科

病区: 肿瘤外科病区

病案号: [REDACTED]

括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名: [REDACTED]

如果患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签名 与患者关系

日期:

