

福建中医药大学附属人民医院

手术知情同意书



姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED] 科别: [REDACTED] 床号: [REDACTED]

一、疾病诊断与手术名称:

术前诊断: 1 左肺下叶占位性质待查: 转移? 2 右肺滑膜肉瘤综合治疗后

手术名称: 胸腔镜下左肺下叶肿瘤切除术(手术可能根据术中探查及术中情况决定而改变)。

计划手术日期: [REDACTED]

手术医师: [REDACTED]

二、手术治疗的并发症和风险:

拟全麻 ECMO 辅助下行胸腔镜下左肺下叶肿瘤切除术(拟行楔形切除), 手术可能根据术中探查及术中情况 而改变, 可能为开胸手术, 或胸腔镜探查, 肿瘤姑息性切除等

目前, 医师已做好相关手术前准备, 将全力提供合理的手术方案, 以期达到最佳疗效。但鉴于医学科学技术条件的局限性及患者个体差异等不可预料的因素, 在术中和术后可能会发生意外和并发症等风险, 现告知如下, 包括但不限于:

1. 术中可能发生: 1) 麻醉意外; 2) 术中心脑血管意外, 可致死亡; 3) 术中大出血、甚至需体外循环止血, 休克、植物人, 甚至死亡; 4) 术中损伤周围组织, 重要神经、血管、脏器; 5) 术中根据具体病情改变手术方式; 6) 术中探查发现肿瘤或病变侵犯重要脏器无法切除, 放弃手术或仅行活检。
2. 术后可能发生: 1) 术后大出血, 需再次手术止血, 术后出血严重时可致死亡; 2) 术后气胸、血胸、脓胸、乳糜胸, 需长期带管或再次手术; 3) 术后伤口感染, 伤口愈合不良; 4) 术后心律失常、心功能衰竭、心绞痛、心肌梗死; 术后心脑血管意外, 可致死亡; 5) 术后呼吸功能衰竭, 需气管插管或气管切开, 长期机械通气, 呼吸机依赖; 术后肺栓塞、复张性肺水肿、肺炎、肺不张, 急性呼吸窘迫综合征;
- 6) 术后脑血管意外。7) 术后多器官功能衰竭(包括急性肾功能衰竭及 DIC 等); 8) 心疝, 膈疝;
- 9) 术后皮下气肿、血肿; 10) 术后局部皮肤麻木、疼痛、皮肤感觉消失; 11) 单侧喉返神经损伤, 术后声音嘶哑, 术后呛咳; 双侧喉返神经损伤, 术后呼吸困难、窒息; 长期气管切开; 12) 术后一侧肢体无汗, 一侧头面部无汗, 霍纳氏征; 13) 术后下肢静脉血栓; 14) 术中发现胸腔内恶性病变, 术后可能出现胸腔积液, 术中根据病情胸腔内喷洒滑石粉, 滑石粉可能造成胸痛、发热等, 甚至有导致以后胸膜恶性肿瘤的可能; 15) 肿瘤侵犯范围超过预计范围, 需行姑息性切除、联合肺叶切除、全肺切除, 支气管袖式切除、隆突成型等方式; 16) 术中或术后病理提示残端阳性, 但无法进一步切除, 术后密切观察或加行放疗; 17) 支气管胸膜瘘、气管食管瘘等、支气管吻合口瘘、狭窄、破裂、咯血; 18)

福建中医药大学附属人民医院

手术知情同意书



姓名: 性别: 年龄: 科别: 床号:

余肺坏死, 支气管残端炎; 19) 结核播散; 20) 其它难以预料的意外 (如褥疮、泌尿系感染等); 21) 术中冰冻与术后正式病理不一致, 需要补充治疗, 包括但不限于化疗、二次手术等; 22) 结节较小可能发生术中无法定位、无法切除、或切除的标本未能找到肿物。

3. 我理解因术前存在甲状腺功能减退, 术后可能发生甲状腺功能危象。

4. 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。

5. 手术中可能使用切割闭合器、吻合枪钉等高值耗材, 部分需自费或自费比例高。

6. 其他特殊情况:

7. 替代医疗方案 (不同方案介绍): 根据您的病情, 目前我院主要有以下替代方案: 保守随访密切观察、穿刺活检、局部消融或继续 PDL1 药物或口服阿帕替尼治疗

目前, 医师已做好相关手术前准备, 并将尽可能提供合理的手术方案, 以期达到最佳疗效, 并就疾病诊断、手术方案以及手术治疗的并发症和风险向患者 (患者委托、患者家属) 做详细说明和解释。

手术医师签名:

经治医师签名:

日期:

三、患者 (患者委托代理人、患者家属) 意见:

患者 (委托代理人、患者家属) 听取医师所做详细说明和解释, 并在认真阅读上述内容、询问有关事后, 经慎重考虑, 表示完全理解以上手术方案和手术风险 (共 11 项), 愿意承担各项风险带来的后果, 并配合医护人员共同完成手术。

是否愿意手术, 签字为证。

患方意见	
患者签名	
法定代理人/委托代理人签名	
与患方关系	

签字日期:

分

麻醉知情同意书



患者姓名 [redacted] 性别 [redacted] 性 年龄 [redacted] 岁 科别 [redacted] 床号 [redacted] 住院号 [redacted]
术前诊断 [redacted]
拟行手术名称 [redacted]

根据病情需要，建议您选择以下麻醉方案：☒全身麻醉；☐椎管内麻醉；☒神经阻滞麻醉；☐基础麻醉（含强化麻醉）；☐监测麻醉。

该麻醉方法的优势 [redacted] 拟行时间 [redacted]

一、由于现有医学科学技术条件的限制，麻醉可能发生以下（但不限于）并发症和意外，在麻醉前向患者本人（或法定监护人、委托代理人）说明：

1. 患者对使用的药物出现不良反应（如过敏或毒性反应等），严重者可危及生命；如因病情需要输血（自体/异体），可能产生不良反应（详见输血治疗同意书）。

2. 麻醉手术期间可能发生血流动力学波动，严重者可出现脑血管意外、循环衰竭、心律失常、心肌梗死、心跳骤停等；麻醉及手术可能诱发或加重原有的疾病；少部分患者可能出现术后谵妄、认知功能障碍等。

3. 如需行深静脉或动脉穿刺、置管，可能发生感染、栓塞、血气胸等。

4. 患者的特殊情况 [redacted]

Var@A 10.9 mmHg

5. 全麻/监测麻醉：气管插管困难、损伤牙齿、发生呕吐、反流、误吸、喉痉挛、喉水肿、气道阻塞、缺氧损害、苏醒延迟、术后声音嘶哑等。

6. 椎管内麻醉：引起术后头痛、腰背痛、神经损伤、硬膜外血肿、穿刺局部及椎管内颅内感染、下肢感觉或运动障碍及全脊麻可能等。

7. 神经阻滞：导致神经损伤、局部血肿、发生气胸、全脊麻等。

8. 术中根据病情需要可能改变麻醉方式。

9. 术后PCA镇痛能减少疼痛应激引起的并发症，促进术后康复，但少许患者可能出现恶心呕吐、瘙痒、呼吸抑制等。

二、备注事项：

1. 术后进行PCA镇痛治疗：是（☒）否（☐）

2. 如为医保患者，需要的医保目录外药品和用品（详见《基本医疗保险自费部分医疗服务项目使用告知书》），其费用自付。

麻醉医师：[redacted]

三、患者（或法定监护人、委托代理人）对麻醉发表意见：

以上第一项第 [redacted] 及第二项第（1、2）条，贵院医师已向我详细说明，本人已认真阅读并了解以上内容，经慎重考虑同意施行麻醉。

患者意见：[redacted] 患者签名 [redacted]

法定监护人（委托代理人）签名：[redacted] 与患者的关系：[redacted]

日期：[redacted] 时