

## 腹腔肿瘤不可逆电穿孔消融知情同意书

患者姓名: [REDACTED]		
性别: 女	年龄: 66岁	住院号: 516688
<p>病情介绍和治疗建议</p> <p>医师已告知我患有 <u>胰腺癌并肝转移</u> 需要进行 <u>不可逆电穿孔消融术</u></p> <p>主刀医生: <u>钱志</u> 拟行手术日期: <u>2018</u> 年 <u>08</u> 月 <u>07</u> 日</p> <p>手术小组成员: 主刀医生、助手、麻醉师和手术室护士, 必要时邀请病理及影像医生。</p> <p>手术目的和获益: <input checked="" type="checkbox"/> 疾病获得控制 <input type="checkbox"/> 疾病获得部分控制 <input type="checkbox"/> 其他 _____。</p> <p>手术成功可能性: <input checked="" type="checkbox"/> 90%以上 <input type="checkbox"/> 70-90% <input type="checkbox"/> 50-70% <input type="checkbox"/> 50%以下 <input type="checkbox"/> 无法手术</p> <p>拒绝治疗的后果: <input checked="" type="checkbox"/> 疾病加重 <input type="checkbox"/> 器官功能衰竭、丧失 <input type="checkbox"/> 永久性伤残 <input type="checkbox"/> 死亡</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 _____。</p>		
<p>潜在风险、并发症和对策:</p> <p>医师告知我该手术可能发生的风险如下, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术式根据不同病人的情况有所不同, 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。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。</li> <li>2. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 麻醉意外;</li> <li>2) 穿刺部位出血或血肿形成, 腹腔内大出血, 腹膜炎;</li> <li>3) 术中出现心脑血管意外, 如出现迷走神经反射, 导致低血压、心律减慢甚至心跳骤停; 肌肉强直痉挛等;</li> <li>4) 穿刺和手术失败、肿瘤不能完全坏死、肿瘤复发转移, 针道种植转移, 病灶出血导致肿瘤广泛播散等;</li> <li>5) 可能出现门静脉血栓、深静脉血栓;</li> <li>6) 肿瘤毗邻脏器的灼伤, 甚至穿孔, 如: 穿破胆管, 胃, 肠等, 发生胆管、胃、肠等穿孔, 或胆管炎及胆道感染, 严重可导致胰瘘或胆瘘或肠瘘; 胆囊穿孔导致胆汁性腹膜炎; 胆管损伤导致梗阻性黄疸; 胃、肠道损伤甚至穿孔导致腹膜炎; 误穿大血管导致大出血休克; 损伤神经引起相关神经损伤的症状等等, 出现以上情况可能需要手术治疗, 甚至有生命危险;</li> <li>7) 术后出现发热、疼痛、恶心、呕吐、腹胀、腹泻、肠梗阻等反应;</li> <li>8) 术后出现气胸、胸腔积液、肺部感染;</li> <li>8) 术后出现局部正常组织脱水或生长迟缓、感染、局部脓肿形成、菌血症甚或脓毒败血症发生</li> <li>9) 术后出现肝肾功能衰竭, 黄疸、腹水, 低蛋白血症, 血红蛋白尿, 无尿等;</li> <li>10) 其它可能发生的无法预料或者不能防范的并发症。</li> </ol> </li> <li>3. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、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, 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。</li> </ol> <p>特殊风险或主要高危因素:</p> <p>我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险: _____。</p> <p>一旦发生上述风险和意外, 医师会采取积极应对措施: _____。</p> <p>除建议的手术方式外, 其他可供选择的治疗方案:</p> <p><input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 放疗 <input type="checkbox"/> 化疗 <input type="checkbox"/> 冷冻消融 <input type="checkbox"/> 碘粒子植入 <input type="checkbox"/> 介入治疗 <input type="checkbox"/> 免疫治疗</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 最佳支持治疗 <input type="checkbox"/> 其他: _____。</p>		

## 腹腔肿瘤不可逆电穿孔消融知情同意书

针对上述各种可能并发症的治疗对策:

基于术中及术后可能出现的各种并发症,我们将采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全,必要时请相关科室会诊协助治疗,使治疗过程顺利完成:

- 1) 术前:认真评估病人,选择合适的手术方案;完善各项必须的术前检查;根据基础疾病进行治疗。
- 2) 术中:严密监测生命体征变化,保持生命体征平稳,备齐各种急救设备,随时处理术中出现的各种情况;仔细操作,动作轻柔、准确;严密止血;严格遵守无菌操作规范
- 3) 术后:严密监测生命体征、观察手术伤口,酌情予抗炎、止血等对症治疗。
- 4) 其它: 术后加强护理。

### 特殊耗材费用情况

您在接受的手术中将使用需另计费的一次性医用耗材,我们将严格按照物价局价格政策和医保政策的规定,按您实际使用的材料数量进行计费。

### 患者/授权委托人声明和意见:

- 通过医生的告知和解释,我已经了解此次手术的方式、合理的预期目的、必要性、益处、可能发生的并发症和风险、可供选择的其它治疗方案等,并解答了关于此次手术的相关问题;
- 通过医生的告知和解释,我已经了解我有权征求院内或院外第三方专家的意见或建议;
- 通过医生的告知和解释,我已经了解其他治疗方案的利弊,自愿承担本次手术可能的风险,若在手术时发生意外或紧急情况,我同意接受贵院的紧急抢救处置;若根据术中情况需扩大手术范围或改变手术方式,我的授权委托人将代我行使知情同意权利并履行签字手续;
- 通过医生的告知和解释,我已了解手术成功率,并未获手术百分之百达到预期目的之承诺;
- 理解我的手术需要多位医生共同进行;
- 我同意医生拍摄不注明我身份的医学图片作为医疗、教学和撰写论文之用;
- 我授权医师对操作留取的病变组织标本进行处置,包括病理学检查、医疗废物处理等。

患者签名: \_\_\_\_\_

签名日期: \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 \_\_\_\_ 时 \_\_\_\_ 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权委托人在此签名:

患者授权委托人签名: \_\_\_\_\_ 与患者关系: 夫妻

签名日期: 2018 年 07 月 31 日 11 时 30 分

### 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及获益、可能存在的其它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: 李强

签名日期: 2018 年 07 月 31 日 11 时 30 分