

苏州市第九人民医院

知情同意书

患者姓名: 性别: 女 年龄: 34岁 病区: 十二病区 床号: 住院号:

病情介绍和治疗建议:

患者拟诊为 盆腔肿瘤 需要在 全身麻醉下进行腹腔镜下探查 进行手术。

手术目的: ①进一步明确诊断; ②切除病灶(可疑变/癌变/功能亢进/其他); ③缓解症状; ④其他

预期效果: ①疾病诊断进一步明确; ②疾病进展获得控制/部分控制/未控制; ③症状完全缓解/部分缓解/未缓解; ④其他

手术潜在风险告知:

手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素,绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。又由于已知和无法预见的原因,本手术有可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生如下医疗风险:

- ☒ 1. 麻醉过程中,可能发生呼吸、心搏骤停等意外风险。
- ☒ 2. 手术过程中,因病变浸润、炎症、解剖异常等因素,可能发生术中难以控制的出血,并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能,手术中发现病变不能切除,则行姑息性手术或仅作探查。
- ☒ 3. 术中可能发生切口感染、化脓,瘘或窦道形成,切口不愈合,组织和器官粘连,术后再出血或再次手术的可能以及心、肝、肺、肾、脑等器官或系统的并发症或疾病本身发展所致的不良转归。
- ☒ 4. 出现其他情况,必要时我们将及时与你做家属沟通。
- ☐ 5.
- ☐ 6.

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理地控制医疗风险,但由于现有医疗水平所限,仍有可能出现不能预见,不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

患者知情选择:

1. 医务人员已经告知我将要进行的手术方式、此次手术中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，我同意已拟定的手术方案。

2.我同意在操作中医务人员可以根据患者病情对预定的手术方式做出调整。

3.我理解此项手术需要多位医务人员共同进行。

4.我并未得到手术百分之百成功的许诺。

5.我授权医务人员对手术切除的病变器官、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/授权委托人/法定代理人签名

签名日期: 2024年9月22日

医务人员陈述:

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。

经治医师签名:

签名日期: 2024年9月22日

手术医师签名:

签名日期: 2024年9月22日