

济南市中心医院

腹腔穿刺术知情同意书

科室	消化内科病房X	姓名	[REDACTED]	性别	[REDACTED]	年龄	[REDACTED]	病历号	[REDACTED]
----	---------	----	------------	----	------------	----	------------	-----	------------

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 腹腔积液 需要在 局麻 下进行腹腔穿刺术。

腹水指过多的游离液体在腹腔内积聚。腹水可由肝脏病、心脏病、肾脏病、结核病、恶性肿瘤等疾病引起。各种原因导致的肝硬化及原发性肝癌是引起腹水的主要疾病。腹水形成时常有腹胀、腹部膨隆、双下肢水肿、尿量减少等表现。

腹腔穿刺术的目的是：明确腹腔积液的性质，协助诊断；适量的抽出腹水，以减轻病人腹腔内的压力，缓解腹胀、胸闷、气急，呼吸困难等症状，减少静脉回流阻力，改善血液循环；向腹腔内注入药物。

操作潜在风险和对策

医生告知我如下腹腔穿刺术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，医生告诉我可与我的医生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生讨论。

1. 我理解任何操作麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险和医师的对策：(1)局部感染或败血症：局部穿刺点发生红、肿、热、痛，或全身感染如发热、寒战等；(2)局麻药过敏，药物毒性反应；(3)穿刺部位局部血肿；(4)心血管症状：穿刺期间可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等；(5)穿刺及留置管失败；(6)术中、术后出血、渗液、渗血，损伤周围神经、动脉、静脉，致出血、血肿形成，可能需要行二次手术；(7)留置管折叠、折断、遗留、堵塞、滑脱等；(8)穿刺损伤肠管，穿透肠管致感染性腹膜炎；(9)穿刺损伤腹腔其他脏器，如膀胱、肝脏等；(10)腹腔留置管处窦道形成、腹膜粘连；(11)穿刺放液后可致血压下降或休克。(12)术后胃肠道出血，应激性溃疡，严重者死亡；(13)术中大出血，导致失血性休克，严重者死亡；(14)如果卧床时间较长可能导致肺部感染，泌尿系统感染，褥疮，深静脉血栓及肺栓塞、脑栓塞等；(15)其它目前无法预计的风险和并发症。

4. 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，或者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。

一旦发生上述风险和意外，医生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、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 [REDACTED] 日期 2021-04-13

09:22:32

患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受腹腔穿刺术。

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 \_\_\_\_\_

签名日期 2021年4月13日

济南市中心医院

腹腔镜探查+腹腔减瘤术+腹腔热灌注置管手术知情同意书

科室	胃肠外二科病房	姓名	████	性别	██	年龄	██岁	病历号	████
<p>疾病介绍和治疗建议                  医生已告知我患有 <u>癌性腹水 腹膜恶性肿瘤 间皮瘤?</u>，需 <u>全麻</u> 麻醉下进行 <u>腹腔镜探查+腹腔热灌注置管术</u> 手术。</p>									
<p>替代医疗方案：                  保守治疗</p>									
<p>手术潜在风险和对策                  医生告知我腹腔镜手术可能发生的一些风险，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，医生告诉我可与我的医生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生讨论。</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. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。</li> <li>3. 我理解此手术可能发生的风险：                         <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 因病情复杂、有其它病变或并发症的发生时，手术需可能需剖腹方式进行；</li> <li>(2) 根据术中探查情况。拟行腹腔镜探查+腹腔减术。术中出血，分离粘连损伤肠管。膈肌损伤行修补术、术后出血、肠瘘可能。肠梗阻无法缓解。二次手术。</li> <li>(3) 术中术后心脑血管药物。血栓加重，肺炎加重及肺栓塞可能。严重危及生命。二氧化碳气腹造成的并发症：气体栓塞、皮下气肿、术后右侧肩背部疼痛等；腹腔感染，切口感染切口延迟愈合，肿瘤复发转移。其它目前无法预计的风险和并发症。</li> <li>(4) 根据术中探查情况，可能行小肠造瘘等手术方式。</li> </ol> </li> <li>4. 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> <li>5. 我理解术后如果不遵医嘱，可能影响手术效果。</li> </ol> <p>特殊风险或主要高危因素</p> <p>(1) 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：肿瘤晚期恶病质。多器官功能衰竭</p> <p>6. 我理解术后如果不遵医嘱，可能影响手术效果。</p> <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>_____</p> <p>一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。</p>									

济南市中心医院

医生陈述:

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、可能存在的其它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 医生签名

签名日期 记录时间

[Redacted Signature]

2021.04.23

患者知情选择:

医生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、可能存在的其它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生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。我理解我的手术需要多位医生共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名

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 \_\_\_\_\_

签名日期 2021 年 4 月 23 日 \_\_\_\_\_ 时 \_\_\_\_\_ 分

[Redacted Signature]