



肿物切除手术知情同意书

姓名

性别 男

年龄 24岁

住院号

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我因皮肤肿物需要在腰麻麻醉下进行 足底 肿物切除术。
其他

手术潜在风险和对策：

1. 有关手术的情况：

- 1) 我理解由于个人观点不同和现行医疗水平所限，手术效果不一定能完全满足患者要求；
- 2) 我理解我应严格遵医嘱治疗，若出现异常反应，应及时到医院就诊，以便进一步处理；
- 3) 我理解术后手术部位肿胀有一定的恢复期，根据个人年龄、体质、手术部位和手术类型的不同，恢复时间长短不一样；
- 4) 我理解如有精神异常病史、瘢痕增生、出血倾向、药物过敏等不宜手术的情况，术前应如实告诉医师；
- 5) 我理解人体的两侧并不完全相同，因此手术也不能使两侧完全对称或一致。

2. 我理解手术是一种创伤性的治疗手段，具有一定风险，实施本医疗方案可能发生的医疗意外及并发症包括但不限于：

- 1) 出血：伤口及创面出血、血肿，可能需再次手术进行止血，清除血肿等；
- 2) 感染：伤口可因感染而致瘢痕增生，正常皮肤也可因感染和切开引流形成新的皮肤瘢痕；
- 3) 瘢痕：术后必定会留下手术切口和手术部位瘢痕，瘢痕增生的程度和个人体质、手术部位、年龄等多种因素密切相关，而非手术医师能够人为控制和预测；
- 4) 因手术中采用了各种组织代用品，术后可能出现排异反应，与手术本身无关，需取出假体或再次手术；
- 5) 可能出现局部皮肤的色素沉着或色素脱失；
- 6) 任何手术麻醉都存在风险：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. 特殊风险：

- 1) 肿物过小或粘连严重，无法寻找或无法完整切除；
- 2) 术后肿物复发；
- 3) 术后局部瘢痕牵拉，邻近器官移位变形；
- 4) 术后病理若为恶性，需再次手术或其它后续治疗；

患者或授权亲属签名

签名日期 2017 年 1 月 5 日



北京大学人民医院
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL



肿物切除手术知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 24岁 住院号 [REDACTED]

- 5) 术中出血、失血性休克、DIC甚至危及生命;
- 6) 有些病例可能需要多次手术治疗;
- 7) 术中肿瘤与周围组织粘连或侵犯致邻近组织器官损伤, 需要修补或手术切除、并引起相应功能障碍;
- 8) 术中、术后骨折;
- 9) 术中肿瘤、髓腔内操作及使用骨水泥导致肺栓塞等心肺并发症;
- 10) 术中根据具体情况决定手术方式(包括因肿瘤侵犯重要血管神经导致截肢)或终止手术;
- 11) 术后出血, 必要时需二次手术止血;
- 12) 术后重要脏器功能失代偿, 引起呼吸、肾衰、心衰等脏器功能衰竭, 肠道功能衰竭, 应激性溃疡等, 造成死亡可能;
- 13) 术后伤口感染、皮瓣坏死需清创手术;
- 14) 术后伤口感染, 需二期手术处理;
- 15) 术后长期卧床引起肺部、泌尿系感染及心脑血管并发症;
- 16) 手术后血液高凝状态, 肢体活动减少, 可能出现深静脉血栓甚至肺栓塞的可能, 严重时危及生命;
- 17) 术后假体或内固定物可能松动、脱出、折断, 损伤周围器官, 排异反应或感染, 必要时需二次翻修或手术取出;
- 18) 术后症状无缓解或缓解不满意, 肢体功能不佳, 感觉、运动障碍;
- 19) 术后肿瘤局部复发, 出现远处转移;
- 20) 术后依病理结果采取进一步治疗措施;
- 21) 目前医疗技术水平所不能预知和解决的其它意外情况。

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。

5. 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。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 除上述风险以外, 还可能出现以下特殊并发症或风险:

术中冰冻病理可能出现的风险

手术中冰冻切片检查是临床医师在实施手术过程中, 就与手术方案有关的疾病诊断问题请求病理医师快速进行的紧急会诊, 手术中冰冻切片检查可能出现的风险和注意事项:

1. 冰冻切片诊断仅为手术医师提供参考性意见, 它具有局限性, 其准确率一般在

患者或授权亲属签名 [REDACTED]

签名日期 2017年 1月 5日

9



北京大学人民医院
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL



肿物切除手术知情同意书

姓名

性别 男

年龄 24岁

住院号

95%左右。

2. 一些病变单靠冰冻切片难以鉴别良恶性，为防止对患者造成不必要的损伤，病理医师遇到不典型或可疑恶性时会在冰冻报告中提示等待常规石蜡切片诊断。

3. 冰冻报告不能作为最后诊断，最后诊断必须等待石蜡切片。

4. 冰冻报告与常规石蜡切片报告可能不一致，此时以石蜡切片诊断报告为准。手术方案有可能因此发生改变。

5. 您在慎重考虑风险与危害后，有权“接受”或“拒绝”冰冻检查，而等待“常规石蜡切片诊断”。

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我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我关于此次手术的相关问题。
- 我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。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。

患者签名

签名日期 2017年 1月 5日

身份证号

联系电话

通讯地址

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属（或法定监护人）在此签名：

患者授权亲属签名 与患者关系 母子 签名日期 年 月 日

身份证号

联系电话

通讯地址

医生陈述

我已经告知患者将要进行的试验方式、此次试验及试验后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他试验方法并且解答了患者关于此次试验的相关问题。

医师签名

签名日期 2017年 1月 5日

患者或授权亲属签名

签名日期 年 月 日

(0)



麻醉知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病房	床号	病历号
	男	24		23	
术前诊断:			拟行手术:		
足底肿物			足底肿物切除术		

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我需要在麻醉条件下进行检查或治疗。

1. 麻醉作用的产生主要是利用麻醉药使中枢神经系统或神经系统中某些部位受到抑制的结果。临床麻醉的主要任务是：消除手术疼痛，监测和调控生理功能，保障患者安全，并为手术创造条件。手术是治疗外科疾病的有效方法，但手术引起的创伤和失血可使患者的生理功能处于应激状态；各种麻醉方法和药物对患者的生理功能都有一定影响；外科疾病本身所引起的病理生理改变，以及并存的非外科疾病所导致的器官功能损害等，都是围手术期潜在的危险因素。麻醉的风险性与手术大小并非完全一致，复杂的手术固然可使麻醉的风险性增加，而有时手术并非很复杂，但由于患者的病情和并存疾病的影响，可为麻醉带来更大的风险。

2. 为了保证我手术时无痛和医疗安全，手术需要在麻醉和严密监测条件下进行。我有权选择适合我的麻醉方法，但根据我的病情和手术需要，麻醉医师建议我选择以下麻醉方法，必要时允许改变麻醉方式。

☐ 全身麻醉；☐ 全麻+硬膜外麻醉；☒ 椎管内麻醉；☐ 神经阻滞；☐ 局部麻醉+强化；☐ 其他

3. 为了我的手术安全，麻醉医师将严格遵循麻醉操作规范和用药原则；在我手术麻醉期间，麻醉医师始终在现场严密监测我的生命体征，并履行医师职责，对异常情况及时进行治疗和处理。但任何麻醉方法都存在一定的风险性，根据目前技术水平尚难以完全避免发生一些医疗意外或并发症。如合并其它疾病，麻醉可诱发或加重已有症状，相关并发症和麻醉风险性也显著增加。

4. 为了减轻我术后疼痛，促进康复，麻醉医师向我介绍了术后疼痛治疗的优点、方法和可能引起的意外与并发症，建议我进行术后疼痛治疗。并告知是自愿选择和自费项目。

麻醉潜在风险和对策

(一)麻醉医师已对我的病情、病史进行了详细询问。我对麻醉医师所告知的、因受医学科学技术条件限制、目前尚难以完全避免的麻醉意外和并发症表示理解。相信麻醉医师会采取积极有效措施加以避免。如果发生紧急情况，医师无法或来不及征得本人同意或家属意见时，授权麻醉医师按照医学常规予以紧急处理和全力救治。如果所选麻醉方法不能满足手术的需要，授权麻醉医师根据具体情况改变麻醉方式以便顺利完成手术治疗。

(二)我理解麻醉存在以下(但不限于)风险：

1. 与原发病或并存疾病相关：脑出血，脑梗塞，脑水肿；严重心律失常，心肌缺血/梗死，心力衰竭；肺不张，肺水肿，肺栓塞，呼吸衰竭；肾功能障碍或衰竭等。

2. 与药物相关：过敏反应或过敏性休克，局麻药全身毒性反应和神经毒性，严重呼吸和循环抑制，循环骤停，器官功能损害或衰竭，精神异常，恶性高温等。

3. 与不同麻醉方法和操作相关：

1) 神经阻滞：血肿，气胸，神经功能损害，喉返神经麻痹，全脊麻等。

2) 椎管内麻醉：腰背痛，尿失禁或尿潴留，腰麻后头痛，颅神经麻痹，脊神经或脊髓损伤，呼吸和循环抑制，全脊麻甚至循环骤停，硬膜外血肿、脓肿甚至截瘫，穿刺部位或椎管内感染，硬膜外导管滞留或断裂，麻醉不完善或失败等。

- 3) 全身麻醉: 呕吐、误吸、喉痉挛、支气管痉挛、急性上呼吸道梗阻、气管内插管失败、术后咽痛、声带损伤、关节脱位、牙齿损伤或脱落、苏醒延迟等。
 4. 与有创性检测相关: 局部血肿、纵隔血/气肿、血/气胸、感染、心律失常、血栓形成或肺栓塞、心包堵塞、导管打结或断裂、胸导管损伤、神经损伤等。
 5. 与输液、输血及血液制品相关: 血源性传染病、热源反应、过敏反应、凝血病等。
 6. 与外科手术相关: 失血性休克、严重迷走神经反射引起的呼吸心跳骤停、压迫心脏或大血管引起的严重循环抑制及其并发症等。
 7. 与急诊手术相关: 以上医疗意外和并发症均可发生于急诊手术病人, 且发生率较择期手术明显升高。
 8. 与术后镇痛相关: 呼吸、循环抑制, 恶心呕吐, 镇痛不全, 硬膜外导管脱出等。
- 一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 麻醉医师已经告知我将要施行的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它麻醉方法并且解答了我关于此次麻醉的相关问题。
- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的麻醉方式做出调整。
- 我理解在我的麻醉期间需要多位医生共同进行。
- 我并非得到治疗百分之百无风险的许诺。

患者签名 签名日期 2016 年 1 月 6 日

患者授权亲属签名 与患者关系 签名日期 年 月 日

我同意接受术后疼痛治疗:

患者签名 签名日期 年 月 日

患者授权亲属签名 与患者关系 签名日期 年 月 日

[注] 如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属签名。

医生陈述

我已经告知患者将要施行的麻醉方式、此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、根据手术治疗的需要更改其他麻醉方法的可能性, 并且解答了关于此次麻醉的相关问题。

医生签名 签名日期 2017 年 1 月 6 日