

天津市第三中心医院

手术志愿协议书

姓名: 张 性别: 女 年龄: 69岁 门诊号: 住院号: 123456

本人因腹部不适等不适症状入该院治疗。经治医师对我进行了全面检查并作了必要的辅助检查, 目前对我的病症考虑如下诊断胃恶性肿瘤。结合我的具体情况和医师的建议, 我最终决定可以接受以下的手术方案机器人辅助下胃癌根治术+胃空肠吻合术。

在我明确表示接受该手术方案之前, 医师已将手术的方法、麻醉方式和术中、术后的并发症及其他风险都已经向我做了交待, 本人对医师告知的内容已经清楚并理解。医师告知的可能发生的意外情况和并发症及其他风险包括但不限于:

1. 拟行胃癌根治术。具体术式视术中情况决定。可能行胃大部切除, 毕二式吻合术, 可能行全胃切除术+食管空肠吻合术, 不排除肿瘤广泛转移, 仅行空肠营养管置入术可能。
2. 麻醉意外。具体麻醉情况由麻醉医师交待。
3. 术中大出血, 血管、神经、脏器副损伤可能。
4. 术中损伤胆囊、胆管、胰腺、肝脏等周围脏器可能。
5. 若肿瘤进展侵犯周围脏器, 可能行联合脏器切除, 术中淋巴结清扫, 术中脾损伤, 脾出血, 行脾切除术可能。
6. 术后吻合口缺血、坏死, 吻合口漏、吻合口狭窄、梗阻、吻合口出血、吻合口溃疡的可能, 术后出现倾倒综合症, 胃瘫, 贫血, 术后反流性食管炎等可能。
7. 术后肠粘连、粘连性肠梗阻、淋巴瘘等可能。术后肠功能恢复差, 可能长时间腹胀。
8. 伤口感染、延迟愈合, 伤口裂开, 需二次缝合, 切口疝可能。
9. 术后肺感染、腹腔感染、泌尿系感染可能。
10. 术后下肢深静脉血栓形成, 肺栓塞、脑梗、心梗可能, 严重时危及生命。
11. 术后肿瘤复发可能, 需进一步治疗。
12. 患者高龄, 围手术期心、肺、肝、脑、肾等重要器官功能障碍甚至衰竭而危及生命。术后心肺功能恢复差, 需入ICU治疗, 住院时间长, 花费高。
13. 术中使用部分医疗器械, 因医保等因素, 系自费项目可能。
14. 术后根据石蜡病理回报判断预后, 必要时术后需进一步化学药物等相关治疗。
15. 术中、后可能需输血, 输蛋白、血浆, TPN营养支持, 住院时间长, 费用高。
16. 切除标本可能用于科学研究。
17. 患者高龄, 术后可能出现暂时性的认知障碍, 一般持续3-5天左右, 必要时需要

天津市第三中心医院

特殊检查（治疗）知情同意书

姓名: [redacted] 性别: 女 年龄: 69岁 门诊号: [redacted]
住院号: 5 [redacted]

特殊检查（治疗）名称: 化疗十免疫

根据患者目前的病情，需进行化疗检查（治疗）。经治医师已针对患者病情，向患者说明该检查（治疗）的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。经治医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交待，若发生所述情况，医务人员将医疗原则予以抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗），请书面表明意愿并签字。

特殊检查（治疗）可能出现的并发症及不良后果列举如下：

1. 血粒细胞减少，骨髓抑制，并发感染，严重者可因感染性休克死亡。
2. 胃肠道反应，菌群失调，化疗相关性肠炎，腹痛、腹泻、恶心、呕吐。
3. 脱发、末梢神经炎、皮炎、色素沉着、静脉炎等反应。
4. 药物肝肾毒性，肝肾功能损害，严重者肝衰竭、肾衰竭可致死亡。
5. 化疗药物尿道刺激症状较重、尿频、尿急。
6. 骨髓抑制白细胞减少需使用升白药物、费用较高。
7. 治疗效果不佳之可能。
8. 心脏毒性，重者危及生命。
9. 少数病人出现精神症状。

医师签名: [redacted]

2021-04-12

本人系患者（或患者近亲属），患者因患 [redacted] 疾病，需行上述检查（治疗）。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受此检查（治疗），并授权医师对检查（治疗）中切除标本或组织进行合理的医学处理，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见）：

同意

患者签名: [redacted]

患者近亲属签名: [redacted]

（注明与患者的关系）

日期:

2021-04-12 10:45

天津市第三中心医院

手术志愿协议书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 69岁 门诊号: [REDACTED]
住院号: [REDACTED]

约束。

18. 其他意想不到情况。

除上述情况外, 在手术中可能会发生预想不到的情况。在此, 我授权医师, 在遇到预料之外的情况时, 及时与家属沟通, 如情况紧急无法与家属沟通时, 从考虑本人利益角度出发, 按照医学常规予以处置。上述问题一旦发生, 相应医务人员将尽全力救治, 本人对此有充分的思想准备, 并积极配合医生治疗。

该格式文本系医院提供, 医师向我交代的手术风险包括以上项目共 _____ 项
其内容是医师向我告知时的真实内容, 我同意使用该文本。

患者签名:

(实施保护性医疗措施或无民事行为能力时可以空缺, 但医师应注明)

患者家属签名:

(法定监护人/委托代理人/同意对该患者进行手术的其他直系亲属)

经治医师签名:

手术医师签名:

2021-05-19

天津市第三中心医院

特殊检查（治疗）知情同意书

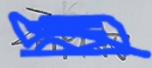
姓名:  性别: 女 年龄: 81岁 门诊号:  住院号: 

特殊检查（治疗）名称 化疗+免疫

根据患者目前的病情，需进行化疗检查（治疗）。经治医师已针对患者病情，向患者说明该检查（治疗）的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。经治医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交待，若发生所述情况，医务人员将医疗原则予以抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗），请书面表明意愿并签字。

特殊检查（治疗）可能出现的并发症及不良后果列举如下：

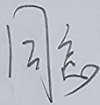
1. 血粒细胞减少，骨髓抑制，并发感染，严重者可因感染性休克死亡。
2. 胃肠道反应，菌群失调，化疗相关性肠炎，腹痛、腹泻、恶心、呕吐。
3. 脱发、末梢神经炎、皮炎、色素沉着、静脉炎等反应。
4. 药物肝肾毒性，肝肾功能损害，严重者肝衰竭、肾衰竭可致死亡。
5. 化疗药物尿道刺激症状较重、尿频、尿急。
6. 骨髓抑制白细胞减少需使用升白药物、费用较高。
7. 治疗效果不佳之可能。
8. 心脏毒性，重者危及生命。
9. 少数病人出现精神症状

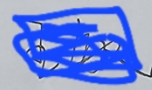
医师签名: 

2021-03-24

本人系患者（或患者近亲属），患者因患 疾病，需行上述检查（治疗）。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受此检查（治疗），并授权医师对检查（治疗）中切除标本或组织进行合理的医学处理，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见）:



患者签名: 

患者近亲属签名:

（注明与患者的关系）

日期:

2021-03-24 15:09

天津市第三中心医院

手术志愿协议书

姓名: 性别: 女 年龄: 81岁 门诊号: 住院号:

本人因恶性肿瘤为行手术治疗等不适症状入该院治疗。经治医师对我进行了全面检查并作了必要的辅助检查,目前对我的病症考虑如下诊断胃恶性肿瘤,高血压2级,2型糖尿病,膀胱恶性肿瘤个人史,双下肢动脉粥样硬化。结合我的具体情况和医师的建议,我最终决定可以接受以下的手术方案机器人辅助下胃癌根治术。

在我明确表示接受该手术方案之前,医师已将手术的方法、麻醉方式和术中、术后的并发症及其他风险都已经向我做了交待,本人对医师告知的内容已经清楚并理解。医师告知的可能发生的意外情况和并发症及其他风险包括但不限于:

1. 拟行机器人辅助下胃癌根治术。具体术式视术中情况决定。可能行胃大部切除,毕二式吻合术,可能行全胃切除术,若侵犯结肠,可能行合并结肠切除术,肠吻合术,不排除外肿瘤广泛转移,仅行空肠营养管置入术可能。
2. 麻醉意外。具体麻醉情况由麻醉医师交待。
3. 术中大出血,血管、神经、脏器副损伤可能。
4. 术中损伤胆囊、胆管、胰腺、肝脏等周围脏器可能。若肿瘤进展侵犯周围脏器,可能行联合脏器切除,术中淋巴结清扫,术中脾损伤,脾出血,行脾切除术可能。
5. 术后吻合口缺血、坏死,吻合口漏、吻合口狭窄、梗阻、吻合口出血、吻合口溃疡的可能,术后出现倾倒综合症,胃瘫,贫血,术后反流性食管炎等可能。
6. 术后腹腔残余感染、肠粘连、粘连性肠梗阻、淋巴瘘等可能。术后肠功能恢复差,可能长时间腹胀。
7. 伤口感染、延迟愈合,伤口裂开,需二次缝合,切口疝可能。
8. 术后深静脉血栓形成,脑栓塞,心肌梗塞,肺栓塞,猝死可能。
9. 术后肿瘤复发可能,视病理结果决定预后,必要时需进一步化学治疗。
10. 患者高龄,围手术期心、肺、肝、脑、肾等重要器官功能障碍甚至衰竭而危及生命。术后心肺功能恢复差,需入ICU治疗,住院时间长,花费高。
11. 术中、后可能需输血,输蛋白、血浆,TPN营养支持,住院时间长,费用高。
12. 术中使用部分医疗器械,因医保等因素,系自费项目可能。
13. 患者术后可能会出现认知障碍,一般持续3-5天或更久,必要时需要约束。
14. 切除标本可能用于科学研究。
15. 其他意外可能。

除上述情况外,在手术中可能会发生预想不到的情况。在此,我授权医师,在遇到预料之外的情况时,及时与家属沟通,如情况紧急无法与家属沟通时,从考虑

天津市第三中心医院

手术志愿协议书

姓名: 张 性别: 女 年龄: 81岁 门诊号: 住院号: 5

本人利益角度出发, 按照医学常规予以处置。上述问题一旦发生, 相应医务人员将尽全力救治, 本人对此有充分的思想准备, 并积极配合医生治疗。

该格式文本系医院提供, 医师向我交代的手术风险包括以上项目共 项
其内容是医师向我告知时的真实内容, 我同意使用该文本。

患者签名: 张 张 (实施保护性医疗措施或无民事行为能力时可以空缺, 但医师应注明)

患者家属签名: (法定监护人/委托代理人/同意对该患者进行手术的其他直系亲属)

经治医师签名: 手术医师签名: 2021-06-08