

中国人民解放军西部战区总医院

脾手术知情同意书

患者姓名		性别		年龄		ID号		床号	
------	--	----	--	----	--	-----	--	----	--

一、疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有_____，需要在_____麻醉下进行_____手术。

脾脏血运丰富，组织脆弱，易遭受外伤。脾破裂在腹部闭合伤中居于首位，分为包膜下破裂、中央破裂和真性破裂。临床所见脾破裂中约85%是真性破裂。对于破裂邻近脾门者，有撕裂脾蒂的可能，出血量大，有发生失血性休克，甚至死亡可能。单纯脾破裂的死亡率约为10%。为抢救生命行脾切除术止血。但是切脾后患者对感染的抵抗力减弱，甚至发生脾切除后凶险性感染而致死，后者主要见于婴幼儿。

二、替代方案的选择：针对您（家属_____）的疾病，目前在我院还有以下几种治疗方案，医生会为您介绍各种治疗方案的性质、相对优缺点、对您的损害及大致费用等情况，请您认真考虑，并做出选择。可供选择的其

他替代方案：

1、介入手术。优点：创伤小；缺点：。不能控制病情，出现危险仍需手术；脾脓肿

2、保守治疗。优点：避免手术风险；缺点：不能控制病情，出现危险仍需手术。

3、

我确定在听取医生对上述各种治疗方式及其利弊的仔细讲解后，对上述各种治疗方式有了清晰的认识，并决定选择治疗方式为：_____

三、手术潜在风险和对策：

医生告知我脾手术可能发生的一些风险，有些不见的风险可能没有在此列出，具体的手术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. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

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：

1) 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；

2) 术中因解剖位置及关系变异变更术式；

3) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如：胃肠道、胰腺等，致胃瘫、肠瘘、胰瘘等；

4) 伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合，瘘管及窦道形成，切口疝；

5) 术中、术后伤口渗血、出血；

6) 术前诊断不明，或不排除恶性肿瘤可能，既往有摔伤病史，不排除其它脏器损伤，具体术式视术中情况而定，可能要改变手术方式，扩大手术范围；

7) 术前诊断：血小板减少，凝血功能异常，术中、术后出血可能性大，甚至出现难以控制的出血，导致失血性休克，危及患者生命。

8) 术后腹膜炎，腹腔脓肿；

9) 脾缺如导致免疫力低下，容易感染疾病；

10) 肠粘连，肠梗阻；

11) 脑并发症：脑血管意外、癫痫；

12) 呼吸并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等；

13) 心脏并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停；

14) 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞或其他部位栓塞；

（续下页） （第一页签名处）患者签名：

（指印） 医生签名：

中国人民解放军西部战区总医院

- 15) 多脏器功能衰竭 (包括弥漫性血管内凝血);
 - 16) 水电解质平衡紊乱;
 - 17) 诱发原有疾病恶化;
 - 18) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术;
 - 19) 术后肠系膜血栓形成;
 - 20) 脾切除术后脾热;
 - 21) 残脾感染、梗死;
 - 22) 术后副脾残留, 导致治疗失败;
 - 23) 术后胃肠道出血, 应激性溃疡, 严重者死亡;
 - 24) 术中大出血, 导致失血性休克, 严重者死亡;
 - 25) 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;
 - 26) 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、静脉曲张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. 我理解术后如果不遵医嘱, 可能影响手术效果。

四、特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我的病情, 可能出现以下特殊的并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

五、患者知情选择:

我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作切除的病变器官、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: _____ 指印 (□右食指指印 □左食指指印) 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者无法签署, 患者的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: _____ 指印 (□右食指指印 □左食指指印) 与患者
签名日期: _____

六、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。

医生签名: _____ 签名日期: _____ 日

中国人民解放军西部战区总医院

经腹腔镜脾脏切除手术知情同意书

患者姓名		性别		年龄		ID号		床号	
------	--	----	--	----	--	-----	--	----	--

一、疾病介绍和治疗建议：

医生已告知患者患有 病，需要在 醉下进行 手术。

手术/操作的性质、目的、预期效果：

首先，患者脾脏占位性质不明确，行脾脏切除活检有助于进一步明确诊断；其次脾脏血运丰富，在人体主要起清除血细胞作用，脾脏切除后部分患者血小板、贫血等症状可以得到缓解。但是切脾后患者对感染的抵抗力减弱，甚至发生脾切除后凶险性感染而致死，后者主要见于婴幼儿。

二、替代方案的选择：针对您（家属、）的疾病，目前在我院还有以下几种治疗方案，医生会为您介绍各种治疗方案的性质、相对优缺点、对您的损害及大致费用等情况，请您认真考虑，并做出选择。可供选择的

其他替代方案：

1、介入手术。优点：创伤小；缺点：不能控制病情，出现危险仍需手术；脾脓肿

2、保守治疗。优点：避免手术风险；缺点：不能控制病情，出现危险仍需手术。

我确定在听取医生对上述各种治疗方式及其利弊的仔细讲解后，对上述各种治疗方式有了清晰的认识，并决定选择治疗方式为：

我确定在听取医生对上述各种治疗方式及其利弊的仔细讲解后，对上述各种治疗方式有了清晰的认识，并决定选择治疗方式为：经腹腔镜脾脏切除术

三、手术潜在风险和对策：

医生告知我脾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。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

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：

1) 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；

2) 术中因解剖位置及关系变异变更术式，例如手术改为剖腹方式进行；

3) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如：胃肠道、胰腺等，致胃瘫、肠瘫、胰瘘等；

4) 伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合，瘘管及窦道形成，切口疝；

5) 术中、术后伤口渗血、出血；

6) 术前诊断不明，或不排除恶性肿瘤可能，具体术式视术中情况而定，可能要改变手术方式，扩大手术范围；

7) 术后手术部位出血，可能需要行二次手术；

8) 术后腹膜炎，腹腔脓肿；

9) 脾缺如导致免疫力低下，容易感染疾病；

10) 肠粘连，肠梗阻；

11) 脑并发症：脑血管意外、癫痫；

12) 呼吸并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等；

13) 心脏并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停；

14) 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞或其他部位栓塞；

15) 多脏器功能衰竭（包括弥漫性血管内凝血）；

16) 水电解质平衡紊乱；

中国人民解放军西部战区总医院

- 17) 诱发原有疾病恶化;
 - 18) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术;
 - 19) 术后肠系膜血栓形成;
 - 20) 脾切除术后脾热;
 - 21) 残脾感染、梗死;
 - 22) 术后副脾残留, 导致治疗失败、手术效果不佳;
 - 23) 术后胃肠道出血, 应激性溃疡, 严重者死亡;
 - 24) 术中大出血, 导致失血性休克, 严重者死亡;
 - 25) 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;
 - 26) 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。
5. 我理解术后如果不遵医嘱, 可能影响手术效果。
- 四、特殊风险或主要高危因素:
- 我理解根据我的病情, 可能出现以下特殊的并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

五、患者知情选择:

我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作切除的病变器官、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: _____ 指印 ☐ 左食指印) 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者无 _____ 属在此签名:

患者授权亲 _____ 印 (☐ 右食指印 ☐ 左食指印) 与患者关系 _____

签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

六、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。

医生: _____