



垂体瘤手术知情同意书

姓名: 性别: 年龄: 科室: 床号: 病案号:

术前诊断: 1. 垂体大腺瘤, 2. 盆腔包块, 3. 乳房纤维瘤

拟施手术名称: 神经导航下神经内镜经鼻蝶垂体瘤切除术

拟施手术目的:

替代诊治方案: 除外科手术方案外, 可选替代方案包括观察、穿刺活检、放化疗、中医中药治疗等方案, 替代方案的疗效相对于外科手术可能较差, 但风险及并发症较少。

拟施手术的风险及并发症:

脑和脊髓是人的神经中枢和生命中枢, 切除这些部位的肿瘤手术后可能出现下列后果或意外:

1. 手术后偏瘫、失语、长期昏迷, 甚至死亡。
2. 双侧颈内动脉损伤, 必要时二次手术需要支架辅助治疗, 甚至导致大出血、脑梗塞等严重后果, 可致长期昏迷甚至死亡。
3. 术中大出血、休克, 需要输血治疗, 术后再出血需要再次手术。
4. 脑循环改变, 致脑血管意外、脑中风、脑梗塞, 表现为偏瘫、偏盲、失语等功能障碍。
5. 鞍区肿瘤术后可能出现顽固性尿崩、高热、昏迷、电解质紊乱等; 手术前视力障碍不能恢复, 甚至恶化、失明; 垂体瘤、颅咽管瘤术前有内分泌功能障碍者, 术后内分泌功能障碍不能恢复, 甚至加重, 如闭经、溢乳、不育、性功能减退、阳痿, 发育迟缓、消瘦或肥胖、肢端肥大不能改善等。
6. 肿瘤切除不完全, 术后肿瘤残留、复发, 需要再次手术或放、化疗、X刀或 γ 刀治疗。
7. 术后颅底缺损、脑脊液漏、颅内感染、肺炎、泌尿系统感染等。
8. 围手术期其他系统并发症: 心肌梗塞、肺栓塞、消化道出血、肝肾功能衰竭、血糖升高、电解质紊乱等。
9. 神经系统肿瘤手术可能使用人工脑(脊)膜和颅骨或椎板钛固定材料, 可能会出现排异或感染; 如术后二次手术, 这些固定材料需一并去除且不能重复使用, 相关费用无法退还。
10. 经鼻蝶手术, 若鞍底开放较多, 需要下肢或腹部脂肪、筋膜及肌肉修补, 下肢或腹部存在手术切口。
11. 术后患者部分存在嗅觉减退, 甚至消失;
12. 由于手术经鼻手术, 术后可能存在鼻腔不适、鼻腔过敏等表现, 部分患者存在空鼻症表现;
13. 术中冰冻可与病理不符, 最终以病理为准;
14. 术后可存在垂体功能减退, 甚至危象, 甚至危及生命;
15. 术后可存在脑脊液漏, 导致感染, 甚至危及生命, 必要时需多次手术治疗修补;
16. 术后可存在颅内出血, 甚至危及生命, 必要时需开颅手术清除血肿;
17. 患者盆腔肿物, 考虑与鞍区占位相关性较大, 不排除无关可能性, 术后必要时需要进一步治疗, 可能影响生育。
18. 病人术后需多次转运, 如手术室至病房, ICU至病房以及至CT检查, 在转运途中, 可能发生突发呼吸循环功能障碍, 甚至危及生命。

以上情况和一些无法预料的意外均有致死致残的可能, 且可发生在住院期任意时段, 包括疾病的恢复期。

其他: 在不影响您疾病诊断和治疗的前提下, 我们可能会使用您做一些必要检查剩余的血、尿样本及术后一小部分肿瘤组织标本用于临床和基础研究, 力争提高现有的诊治水平。也可能会对您的疾病的诊断、治疗、预后判断有所帮助, 但我们保证这些研究不增加您的额外费用, 并严格保护您的个人信息及隐私不外露。如不同意有权予以拒绝。

我明确知道, 基于本人疾病状况及上述术前诊断, 医生考虑认为有必要实施上述手术, 本人不同意替代治疗方案, 要求手术以达到对本人疾病进一步诊疗的目的。



垂体瘤手术知情同意书

姓名: [] 性别: [] 年龄: [] 科室: 头颈神经外科 床号: [] 病案号: []

我知道, 将由 [] 等医生为我实施上述手术, 而 [] 等医生向我解释过上述手术的必要性及存在医疗上难以预知和/或无法避免的风险。

我理解所有的手术均含有一定的风险, 其中包括出血、感染、其他器官损伤及突发的心肺功能障碍以及其他意外情况, 一旦出现上述风险可能导致危及生命和健康的严重后果, 医生将会采取其他相应的诊疗措施。

我理解在手术过程中有可能出现一些未曾预料的情况及意外, 医生将会根据医学专业知识和经验决定相应的诊疗措施, 必要时会实施上述手术外的其他手术。

我理解将有疾病和医疗上不可确定的因素导致本次手术无法达到预期的目的和效果。

中国医学科学院肿瘤医院是一家三级甲等肿瘤医院专科医院, 所从事的医疗活动有义务严格遵循国家有关的法律、法规和诊疗护理的规范要求。我同意在这家医院诊疗过程中引起的任何争议将按照国家有关的法律, 法律所提供的途径解决。

我明确表示, 同意接受本次手术。

患者签名: [] 日期: []

(应由患者本人签名, 如果患者本人无法签名, 可由患者法定代理人、近亲属及关系人签名, 同时注明与患者关系, 并附上授权委托书。)

医师签名: [] 日期: []

(应由与患者及其代理人进行谈话的医师, 包括手术者、手术者委托的参与本手术的医师签名。)