

# 北京协和医院

## 手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(1)页

病案号: 2068822

患者姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 26岁 科室: 泌尿外科  
目前诊断: Carney复合症, 原发性色素性结节状肾上腺皮质病, 右肾上腺切除术后, 严重骨质疏松, 多发椎体压缩性骨折, 双侧股骨头坏死, 左髋关节置换术后, 骨软骨粘液瘤可能, 甲状腺右叶囊实性结节, 乳腺结节, 口周黑子  
维生素D缺乏, 继发性甲状旁腺功能亢进症  
高脂血症, 胆囊多发息肉, 左肾结石, 微量心包积液, 双上睑霰粒肿可能  
拟行手术(操作)名称: 腹腔镜左肾上腺全切术, 备左肾上腺次全切除术

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

- 1) 麻醉意外;
- 2) 心脑血管意外;
- 3) 术中、术后大出血导致患者休克、死亡, 输血并发病;
- 4) 周围组织损伤, 胰漏、肠漏、肝脾破裂、肾破裂, 需行相应脏器切除或修补, 气腹意外: 具体术式根据术中情况决定, 有转为开放手术的可能;
- 5) 术中可能出现骨折;
- 6) 若手术无法完全切除, 可能二期手术或术后选择其他方式辅助治疗;
- 7) 术后肿瘤复发、转移可能;
- 8) 术后肾上腺功能低减, 需长期或永久接受激素替代治疗;
- 9) 术后多脏器功能衰竭(心、肺、肝、肾等);
- 10) 重要器官栓塞或血栓形成(心、肺、脑、下肢等);
- 11) 术后肠粘连、肠梗阻;
- 12) 感染(切口、腹腔、腹膜后、肺、泌尿系等);
- 13) 术后症状体征不缓解, 血压仍高;
- 14) 术后仍需各种药物控制血压、血糖或血钾;
- 15) 术后根据病理决定下一步治疗方案;
- 16) 使用某些药物、器械, 术后入ICU病房, 费用昂贵, 需自理;
- 17) 其他意外。



# 北京协和医院

## 手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(2)页

病案号: 2068822

相关替代治疗方案:

继续内科治疗

选择相关替代治疗方案的风险:

症状不缓解

医生声明:

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及所需治疗的必要性及其风险
2. 相关替代治疗方案及其风险

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

询问上述情况的相关问题及其他问题

患者本人/近亲属/代理人声明:

1. 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险, 包括本患者最易出现的风险/并发症以及这些风险/并发症带来的后果。
2. 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
3. 医生已解释替代治疗方案及其风险。
4. 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
5. 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。我确认本人具备合法资格签署本同意书。
7. 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题, 医生回答相关问题。对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

如您确认以上内容并自主决定拒绝第...项所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

(请与横线上抄写: 同意)

(请与横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

2017.1.17

(签字日期)



# 北京协和医院

## 手术/操作/特殊治疗知情同意书

病案号 2068822

姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄: 26岁

科室: 内分泌

一、病情及所需手术/操作/特殊治疗  
医生已解释如下病情(诊断):  
重度骨质疏松

正, 相关替代治疗方案  
医生已充分解释如下相关替代治疗方案:  
保守治疗

上述情况需如下手术/操作/特殊治疗:  
, 静脉用双膦酸盐(唑来膦酸)

医生已充分解释选择相关替代治疗方案如下  
风险:

### 二、手术/操作/特殊治疗风险

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

1. 静脉用双膦酸盐(唑来膦酸)  
1. 发热、畏寒、寒战, 全身不适、乏力等流感样症状。
2. 肌肉及骨骼疼痛、腰背痛、关节肿痛、关节僵直、关节炎、肌无力等。
3. 肝功能障碍, 食道炎, 胃食道返流、消化不良、恶心、呕吐、腹痛、腹泻, 便秘、口干等。
4. 血常规异常, 如白细胞降低、贫血等。
5. 血肌酐升高、尿频、蛋白尿, 甚至肾功能衰竭。
6. 失眠、头痛、头晕、感觉异常、嗜睡、震颤、眩晕、眩晕等。
7. 结膜炎、眼痛、眼色素膜炎、虹膜外层炎、虹膜炎等。
8. 皮疹、多汗、瘙痒、红斑、注射部位反应等。
9. 支气管狭窄、荨麻疹、血管性水肿、过敏性休克等。
10. 味觉异常、牙痛、下颌骨坏死。
11. 呼吸困难、心悸、心房纤颤。
12. 血钙降低、电解质异常。
13. 其他不可预知的风险。

1. 无法明确诊断
2. 无法支持治疗
3. 病情恶化, 甚至死亡

静脉注射双膦酸盐知情同意书

四、医生声明

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情

况:

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗的医疗风险
- 替代替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机

会:

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/近亲属/代理人已了解上述

信息,并自愿依据相关法律法规签署同意书

医生签名

(医生签名)

2016.12.22

(签字日期)

况,患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容:

- 医生已向患者本人/近亲属/代理人解释手术/操作/特殊治疗相关内容。
- 我已了解手术/操作/特殊治疗相关风险及并发症,以及这些风险/并发症带来的后果。
- 我同意接受手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 我了解当手术/操作/特殊治疗过程中出现肝损伤时,可能会抽取患者血液进行特殊化验。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且有所保留。
- 我确认本人具备合法资格签署同意书。
- 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
- 医生已解释替代治疗方案及其风险。
- 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
- 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
- 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果,包括本患者最易出现的风险。
- 我了解术中可能留取影像资料,资料可能被用于教学(影像资料将被处理,无法从中识别患者)。
- 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗,请签字

同意

(请与横线上手写:同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2016.12.22

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗,请签字

(请与横线上手写:拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)



# 北京协和医院

## 手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(1)页

病案号: 2315615

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 26岁 科室: 泌尿外科

目前诊断: Carney复合症、原发性色素性结节性肾上腺皮质病可能性大、重度骨质疏松、多发椎体压缩性骨折(T7、L1)、高血压、脂肪肝、焦虑状态、颈椎椎体骨折、皮肤黏膜黑子、节段性室壁运动异常、室间隔增厚、维生素D缺乏、垂体Rathke裂囊肿、肝血管瘤、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征

拟行手术(操作)名称: 腹腔镜右肾上腺肿瘤切除术

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

- 1) 麻醉意外;
- 2) 心脑血管意外: 如血压剧烈波动, 心跳骤停, 心肌梗塞, 严重心律失常, 脑出血等;
- 3) 术中、术后大出血导致患者休克、死亡, 输血并发症;
- 4) 周围组织损伤, 胰漏、肠漏、肝脾破裂、肾破裂, 需行相应脏器切除或修补, 气腹意外: 具体术式根据术中情况决定, 有转为开放手术的可能;
- 5) 高血压危象、低血容量性休克;
- 6) 可能无法手术切除, 姑息切除, 或需行二期手术;
- 7) 肿瘤性质待定, 有恶性可能。肿瘤可能无法切除干净, 术后血压不能维持正常; 术后肿瘤复发、转移;
- 8) 术后肾上腺功能低减, 需长期接受激素替代治疗;
- 9) 术后多脏器功能衰竭(心、肺、肝、肾等);
- 10) 重要器官栓塞或血栓形成(心、肺、脑、下肢等);
- 11) 术后肠粘连、肠梗阻;
- 12) 感染(切口、腹腔、腹膜后、肺、泌尿系等);
- 13) 术后症状体征不缓解, 仍有库欣综合征相关表现, 需行对侧腺体切除术;
- 14) 术后仍需各种药物控制血压、血糖或血钾;
- 15) 术后根据病理决定下一步治疗方案;
- 16) 使用某些药物、器械, 术后入ICU病房, 费用昂贵, 需自理;
- 17) 术后抑郁症状加重, 出现情绪低落等相应症状;
- 18) 患者有骨质疏松, 术中、术后变动体位, 可能出现骨折;
- 19) 其他意外。



# 北京协和医院

## 手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(2)页

病案号: 2315615

相关替代治疗方案:

等待观察

选择相关替代治疗方案的风险:

病情进展, 延误诊治

医生声明:

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及所需治疗的必要性及其风险

2. 相关替代治疗方案及其风险

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

询问上述情况的相关问题及其他问题

患者本人/近亲属/代理人声明:

1. 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险/并发症以及这些风险/并发症带来的后果。

2. 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。

3. 医生已解释替代治疗方案及其风险。

4. 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。

5. 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。

6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。我确认本人具备合法资格签署本同意书。

7. 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题, 医生已回答相关问题。对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

(请与横线上抄写: 同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2017.9.22

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

(请与横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)



# 北京协和医院

## 手术/操作/特殊治疗知情同意书

病案号 2315615

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 26

科室: 内分泌科

### 一、病情及所需手术/操作/特殊治疗

医生已解释如下病情(诊断)

库欣综合征  
重度骨质疏松

上述情况需如下手术/操作/特殊治疗:

静脉密固达(唑来膦酸)

### 二、手术/操作/特殊治疗风险

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

- 症:
1. 发热、畏寒、寒战、全身不适、乏力等流感样症状。
  2. 肌肉及骨骼疼痛、腰背痛、关节肿痛、关节僵硬、关节炎、肌无力等。
  3. 肝功能异常, 食道炎、胃食道返流、消化不良、恶心、呕吐、腹痛、腹泻, 便秘、口干等。
  4. 血常规异常, 如白细胞降低、贫血等。
  5. 血肌酐升高、尿酮、蛋白尿, 甚至肾功能衰竭。
  6. 失眠、头痛、头晕、感觉异常、嗜睡、震颤、眩晕、晕厥等。
  7. 结膜炎、眼痛、眼色素膜炎、虹膜外层炎、虹膜炎等。
  8. 皮疹、多汗、瘙痒、红斑、注射部位反应等。
  9. 支气管狭窄、荨麻疹、血管性水肿、过敏性休克等。
  10. 味觉异常、牙痛、下颌骨坏死。
  11. 呼吸困难、心悸、心房纤颤。
  12. 血钙降低、电解质异常。
  13. 其他不可预知的风险。

### 三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案:  
保守治疗

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下

风险:

- 1、无法明确诊断
- 2、无法支持治疗
- 3、病情恶化, 甚至死亡





#### 四、医生声明

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗及其风险
- 相关替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

- 询问上述情况的相关问题及其他问题
- 我认为患者本人/近亲属/代理人已了解上述信息, 并将依据相关法律规定签署同意书

(医生签名)

(签字日期)

#### 五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容:

- 医生已向解释手术/操作/特殊治疗相关内容。
  - 我已了解手术/操作/特殊治疗相关风险及并发症, 以及这些风险/并发症带来的后果。
  - 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
  - 我了解当手术/操作/特殊治疗过程中出现损伤时, 可能会抽取患者血液进行特殊化验。
  - 我确认所提供之患者信息准确无误并且有所保留。
  - 我确认本人具备合法资格签署同意书。
  - 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
  - 医生已解释替代治疗方案及其风险。
  - 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
  - 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
  - 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险。
  - 我了解术中可能留取影像资料, 资料可能用于教学(影像资料将被处理, 无法从中识别患者)。
  - 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。
- 如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

(请与横线上手写: 同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

(请与横线上手写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

