



上海交通大学医学院附属第九人民医院

手术知情同意书

住院号: [redacted] 姓名: [redacted] 病区: 外I病区 床号: 003 科室: 普外科

代理人姓名: [redacted] 与患者关系: [redacted] 经治医生: [redacted]

谈话记录:

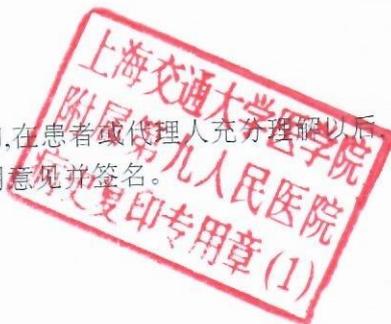
- 1、患者疾病诊断: 直肠占位, 恶性黑色素瘤可能
- 2、手术适应症: 直肠占位, 恶黑可能
- 3、拟定手术: 直肠病损切除术前备直肠恶性肿瘤根治+肠造口术
- 4、拟行手术时间: 2016年11月30日10时
- 5、拟定麻醉方式: 全麻
- 6、手术风险及并发症:
 1. 麻醉意外。
 2. 术中、术后出血。
 3. 术后感染。
 4. 术后伤口恢复不良, 延迟愈合。
 5. 术后复发。
 6. 术中冰冻提示恶性, 徐行进一步扩大根治手术可能
 7. 术后疤痕增生, 术后排便不适感。
 8. 术中行肠造口(临时/永久)可能, 存在造口相关并发症情况(出血、造口旁疝、造口脱出、狭窄等情况)
 9. 术后肠梗阻可能
 10. 术中术后心肺肝肾等脏器功能障碍、衰竭, 心脑血管意外。
 11. 目前医学尚不能解释和预防的各种意外、猝死。
 12. 术中部分药品、耗材费用需自理。
 13. 其他补充说明: 无
- 7、替代医疗方案: 暂不手术, 密切随访

对以上手术风险及并发症, 如患者或代理人不理解可以向医师咨询, 在患者或代理人充分理解以后, 自主决定是否选择手术治疗或按替代医疗方案实施。请在本文书上写明意见并签名。

患方选择意见: 同意手术

患方(代理人)签名: [redacted]

经治医生签名: [redacted] 术医师签名: [signature]





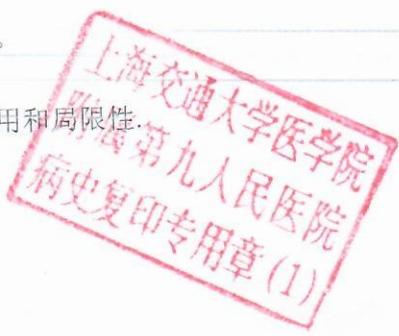
上海交通大学医学院附属第九人民医院

住院号: [REDACTED] 姓名: [REDACTED] 区: 外I病区 床号: 003 科室: 普外科

手术冰冻切片诊断是临床医师在实施手术过程中需制定手术方案请求病理科医师提供的参考性快速病理学诊断,是将手术切除的病变组织迅速冷冻后,制成冰冻切片在显微镜下观察后作出诊断。由于科学水平的限制,冰冻切片诊断不能达到常规石蜡包埋病理切片诊断的精确程度,因此,将下述情况告知患者(代理人):

1. 一些病变单靠冰冻切片诊断难以鉴别良、恶性,病理科医师遇到此类不典型或可疑恶性病变时,会在冰冻报告中提示等待常规石蜡和免疫组化辅助诊断。
2. 冰冻切片诊断仅为手术医师提供参考意见,有一定的局限性,对病变性质定性的准确率不能达到100%。
3. 冰冻报告和石蜡报告在不一致的情况下,以石蜡报告为准。

本人已仔细阅读、理解上述条款,了解冰冻切片诊断的作用和局限性。



现 同意,接受进行手术快速冰冻诊断。

不同意

医生签名: [Handwritten Signature]

患者(代理人)签名: [REDACTED]

签名日期: 2016.11.29

签名日期: 2016.11.29