



首都医科大学附属北京友谊医院



# 手术知情同意书

登记号 [REDACTED]

姓 名	[REDACTED]	性 别	男	年 龄	43岁
科 别	泌尿科	床 号	17-1	住院号	[REDACTED]
术前诊断	移植肾占位，肾血管病，肾性贫血，冠心病				
手术名称	移植肾穿刺活检术				
<p>一、因病人个体差异及某些不可预测的因素，在接收手术时可能出现下列并发症及风险：</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1、麻醉并发症。</li><li>2、心脑血管意外，如急性心肌梗塞，心律失常，脑出血，脑血栓，猝死等。</li><li>3、邻近组织脏器损伤。</li><li>4、手术中和手术后出血，导致出血，血肿形成，失血性休克，术后血尿，严重者可能需要行开放式手术止血，甚至可能需要手术切除移植肾脏。</li><li>5、移植肾动静脉瘘形成，血尿，严重者甚至可能需行开放式手术治疗。</li><li>6、血栓形成与栓塞性疾病。</li><li>7、感染。</li><li>8、穿刺取材不满意，影响结果判定，必要时重复穿刺活检。</li><li>9、其它。</li></ol>					
<p>二、除上述情况外，本例手术根据该患者的特点再次强调：</p> <p>同上</p>					
<p>三、出现上述各项并发症对策：</p> <p>此项手术的执行医生应按医疗操作规则认真准备，仔细观察和操作，最大限度的避免上述并发症的发生。我们一定以高度的责任心，尽力做好我们的工作。</p> <p>上述并发症出现后，我们会立即采取相应措施，对危及生命的并发症，我们可能来不及征求被委托人的意见，需要紧急输血、深静脉置管、心外按压、心内注射、电除颤等抢救生命的紧急措施，希望得到家属的同意，理解。</p>					
<p>四、患者和家属应履行缴费手续。</p>					
<p>五、我已认真阅读了本知情同意书，对该手术可能出现的并发症及手术风险有了全面的了解，我同意接受手术。</p> <p>患者签字：[REDACTED] 或 被委托人签字：_____ 被委托人与患者的关系：_____</p> <p>医生签字：[Signature]</p> <p>签字日期：2018年07月14日</p>					





# 首都医科大学附属北京友谊医院



## 手术说明知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您的病情，您有此手术的适应症，建议您采取手术治疗，特向您详细介绍和说明：病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险（包括术中或术后可能出现的并发症等）和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等，以便您理解相关手术情况，帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高，发生意外事件不能完全避免，建议您术前购买手术意外保险，分担手术风险。

一 般 情 况	患者姓名： <u>                    </u> 性别： <u>男</u> 年龄： <u>43岁</u> 科 室： <u>泌尿科</u> 病房或病区： <u>泌尿一区</u> 病案号： <u>                    </u> 身份证号码： <u>                    </u> 登记号： <u>                    </u>
	<p>【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） 肾移植术后1年，发现移植肾滑膜肉瘤1月余。</p> <p>【过敏史】无</p> <p>【术前诊断】移植肾滑膜肉瘤</p> <p>【替代医疗方案】（目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍） <u>保守治疗</u></p> <p>【拟行手术适应症】移植肾占位明确，<u>病理提示滑膜肉瘤</u></p> <p>【建议拟行手术名称】<u>移植肾切除术</u></p> <p>【手术目的】<u>去除病灶</u></p> <p>【手术部位】<u>右侧腰部</u></p> <p>【麻醉方式及风险】<u>全麻</u></p> <p>经治医师签名：<u>                    </u> 患者/患者近亲属/法定监护人/委托人签名：<u>                    </u> 时间：2018年08月14日 地点：<u>泌尿科</u></p> <p>【患者自身存在危险因素】<u>低免疫状态</u></p> <p>【拟行手术禁忌症】<u>无明显手术禁忌症</u></p> <p>【手术风险，包括术中或术后可能出现的并发症等】</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 术中麻醉意外，术中术后心、脑血管意外，诱发心律失常、心绞痛、脑血栓、脑出血等；</li><li>2. 术中损伤相邻脏器（肠管、肝脏、胰腺、血管、神经等），出现相应并发症，严重时危及生命；</li><li>3. 术中术后出血，失血性休克，危及生命，必要时输血，必要时髂动脉栓塞止血，右下肢缺血性坏死，需截肢；</li><li>4. 术后重要脏器（心、肺、肝、肾）功能不全甚至衰竭，切除移植肾后需长期透析；</li><li>5. 术后切口愈合不良、感染，切口裂开，切口疝，必要时二次手术；</li><li>6. 术后髂外动静脉血栓形成或血管狭窄，影响下肢血供，下肢坏死需截肢，下肢严重水肿；</li><li>7. 术后局部（泌尿系、呼吸道等）或全身感染，造成全身炎症反应综合征，危及生命，需重症监护治疗；</li><li>8. 术后根据病理结果决定下一步治疗方案，不排除其他类型肿瘤；</li><li>9. 肿瘤复发、转移、腹腔种植；</li><li>10. 术后应激性溃疡，消化道出血，DIC；</li><li>11. 卧床相关并发症，肺栓塞等，严重时危及生命；</li></ol>





# 首都医科大学附属北京友谊医院



## 手术说明知情同意书

说明

12. 切口周围皮肤麻木、过敏、疼痛等不适；

13. 其他不可预料的情况。

其他：无

### 【术后主要注意事项】

1. 吸氧、心电监护，注意患者生命体征变化；

2. 注意患者有无术后迟发出血表现，如循环不稳、咯血、黑便、血性引流液等；

3. 尽早下床活动，加强呼吸道管理，预防DVT及肺部感染等并发症；

4. 预防性镇痛、止吐处理，减少患者术后不适反应；

5. 如放置引流，注意引流液量及性质变化；

6. 术后常规预防感染、抑酸及补液等治疗。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

### 【拒绝手术可能发生的后果】肿瘤进展，全身转移及恶病质

我已向患者/患者近亲属/法定监护人/委托人解释过说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人/委托人已知并充分理解了上述信息。

医师签名：[Signature] 签名时间：2018年8月14日 时 分 签名地点：11#11-18

患者签名确认：[Signature]

患者/患者近亲属/法定监护人/委托人确认：

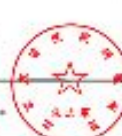
医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症 1-13（请患者本人/委托人书写第八条到第九条全部内容）向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

（请患者/患者近亲属/法定监护人/委托人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明。”字样）

我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容。

同意（填写“同意”）接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。





## 首都医科大学附属北京友谊医院

### 手术说明知情同意书



情同意內容

并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患者签名:

患者近亲属/法定监护人/委托人签名: 与患者关系: 联系电话:

患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码

签名时间: 2019年 6月 14日 17时 25分 签名地点:

我\_\_\_\_\_（填写“不同意”）接受医师建议的手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名:

患者近亲属/法定监护人/委托人签名:  与患者关系: 联系电话:

患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码:

签名时间: 年 月 日 时 分 签名地点:

患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由:

备注

记录人:

见证人:

见证人身份证号码:

时间: 年 月 日 分

地点:

如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名, 请医师在此栏中说明有关情况。签名并注明时间  
也可请医务人员或其他知情患者签名证实。



## 首都医科大学附属北京友谊医院

## 泌尿外科血液透析和其它血液净化治疗知情同意书

姓名	●●●●●	性别	男	年龄	43
科别	泌尿一区	床号	6-3	登记号	●●●●●
目前诊断	慢性肾功能不全尿毒症期				
治疗的项目名称：血液透析和其它血液净化治疗					
<p>一、因病人个体差异及某些不可预测的因素，在接受治疗时可能出现下列并发症及风险（包括并不局限于）：</p> <p>1. 血管内瘘的并发症：出血、血栓、感染、静脉窃血综合征、血管狭窄、血管瘤、肿胀手综合征、心力衰竭等；导致透析不充分、透析失败、内瘘肢体功能障碍等，需要相关治疗、再次接受血管通路手术等。</p> <p>2. 留置导管的并发症：感染（局部和全身）、出血、血栓形成、导管脱落等；导致透析不充分、透析失败，需要相关治疗、再次接受血管通路手术等。</p> <p>3. 血液透析和其它血液净化治疗的即刻并发症：心脑血管意外、低血压、肌肉痛性痉挛、恶心和呕吐、头痛、胸痛、发热、<u>失衡综合征</u>、首用综合征、透析器反应、心律失常、心包填塞、<u>颅内出血</u>、溶血、空气栓塞、透析相关性低氧血症等，严重者可能危及生命。</p> <p>4. 血液透析和其它血液净化治疗的远期并发症：营养不良、血清酶异常、肾性骨病、微量元素代谢异常、电解质及酸碱平衡紊乱、心血管并发症（高血压、左室肥厚和左室功能异常、缺血性心脏病、心律失常、心包疾病、心内膜炎、<u>透析中猝死</u>）、消化系统并发症（<u>急腹症</u>、消化性溃疡、消化道出血、憩室病与憩室炎、肠穿孔、缺血性肠病、肠梗阻、腹水、各型病毒性肝炎）、呼吸系统并发症（肺水肿、胸腔积液、肺部感染、低氧血症、<u>呼吸困难</u>、睡眠呼吸暂停综合征）、血液系统异常（贫血、溶血、止血功能异常）、神经系统并发症（<u>脑病</u>、<u>谵妄</u>、<u>颅内出血</u>、<u>急性痴呆</u>、睡眠障碍、视听觉障碍、颈椎病、神经病、癫痫）内分泌紊乱（糖代谢异常、甲状旁腺激素异常、性腺功能异常、女性月经异常）、皮肤并发症（色泽变化、瘙痒、干燥、皮炎、药疹、<u>多毛症</u>、<u>褥疮</u>）、肌肉骨骼和风湿性疾病、眼部并发症（结膜钙化、白内障、青光眼、高血压或糖尿病性视网膜病变）、泌尿系统并发症（获得性肾囊肿、腰痛、出血、肾结石、尿路感染、肿瘤、性功能改变）、免疫功能缺陷和感染、<u>肿瘤发生率增加</u>等，需要行相关治疗，严重者可能危及生命。</p> <p>5. 透析机出现故障导致透析不能进行等风险并引起严重反应，严重者可能危及生命；根据具体情况随时调换患者使用的透析机与设备以及相关透析耗材（透析器、透析管路、穿刺针等）。</p> <p>6. 其它意外，严重者可能危及患者生命。</p> <p>二、除以上情况外，本例治疗根据患者的特点再次强调：</p> <p>三、出现上述各项并发症的治疗对策：</p> <p>此项检查/治疗的执行医生应按医疗操作规则认真准备，仔细观察和操作，最大限度地避免所述并发症的发生。我们一定以高度的责任心，尽力做好我们的工作。</p> <p>上述并发症出现后，我们会立即采取相应措施，对危及生命的并发症，我们可能来不及征求家属意见，需要紧急输血、深静脉置管、心外按压、心内注射、电除颤等抢救生命的紧急措施，希望得到家属的同意、理解。</p> <p>四、患者及家属应履行交费手续。</p> <p>五、我已认真阅读了本知情同意书，对该项检查/治疗的意外及可能出现的并发症有了全面的了解，我同意接受检查/治疗。</p> <p>患者签字：●●●●● 或 被委托人签字：_____</p> <p>医生签字：●●● 被委托人与患者的关系：_____</p> <p>签字日期：2018年8月16日</p>					