

湖州市中心医院

手术知情同意书

姓名

性别女 年龄59岁 病区211病区

床号21139

住院号0

1、目前诊断：胰头区域占位性病变，性质待查

2、手术指征：根据患者病史，及相关各项辅助检查，现患者胰有区域占位性病灶存在，性质不明，不排除肿瘤性病变可能，存在手术指征，各项术前检查未提示有绝对手术禁忌。目前患者及家属有手术意愿，要求手术治疗。

3、拟施行的手术名称、手术 ☒ 剖腹探查，胰头区域肿物切除术（备胰十二指肠切除术）

选择可替代方案：腹腔镜手术，非手术保守治疗

相关优缺点已告知，如您有其他的要求，可向主管医生提出，如无异议请签字，患方签名 郑小华

4、针对拟施行的手术可能出现的意外和危险性：

4.1 手术中可能出现的意外和危险

☒ 麻醉意外

☒ 药物过敏

☒ 难以控制的大出血

☒ 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案

☒ 术中心跳呼吸骤停导致死亡或无法挽回的脑死亡

☒ 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤，将导致患者残疾或带来功能障碍

☒ 其它：术中难以控制的大出血，失血性休克，危及生命；术中如发现肿瘤已侵犯重要血管或重要临近器官，则仅行姑息手术或终止手术可能；术中需切除部分其他脏器，如一侧肾脏，部分结肠等可能；术中其他所见，届时联系；术中使用部分器材，需自费。

4.2 手术后可能出现的意外及并发症：

☒ 术后出血

☒ 切口裂开

☒ 水电解质平衡紊乱

☒ 呼吸心跳骤停

☒ 局部或全身感染

☒ 脏器功能衰竭

☒ 术后气道阻塞

☒ 诱发原有或潜在疾病恶化

☒ 再次手术

☒ 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符

☒ 其它：术后大出血，DIC，失血性休克，危及生命；术后消化道出血，失血性休克，危及生命；心肺功能不全（特别是因肺功能不全气管插管拔不掉需长期机械通气）、肺部感染，呼吸功能衰竭、术后顽固性胸水，危及生命；术后心脑血管意外，术后肝肾功能不全甚至衰竭，均危及生命；术后胰漏、胆漏，其他消化道漏、弥漫性腹膜炎、危及生命；胸腹腔内严重感染、术后严重营养不良、切口感染切口裂开、切口疝形成、胃肠道功能障碍（胃瘫和肠梗阻）、术后进食困难等，均可能导致短期内再次手术或危及生命导致死亡等可能；术后其他难以预料情况发生可能（如下肢血管栓塞，肺动脉栓塞，危及生命等）。

4.3 针对上述情况将采取的防范措施：

基于术中及术后可能出现的各种并发症，我们将根据现代医疗规范，采取下列防范措施，最大限度地保护病人安全，使治疗过程顺利完成：

1) 术前：①认真评估病人，选择合适的手术方案；②完成各项必须的术前检查；③根据基础疾病进行针对性治疗；④请麻醉科会诊选择麻醉方案。

2) 术中：①严密监测生命体征变化，保持生命体征平稳，备齐各种急救设备，随时处理术中出现的

湖州市中心医院

手术知情同意书

姓名

性别女 年龄59岁 病区211病区

床号21139

住院号

各种情况：②仔细操作，动作轻柔，准确；③严密止血；④严格遵守无菌操作规范。

3) 术后：严密监测生命体征及手术部位变化，并根据情况针对性对症治疗。

4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。

5) 其它患者家属知情商量后要求请浙江大学医学院附属邵逸夫医院 教授会诊并来我院主刀手术。

4. 4如术中出现意外或事先没有预料的情况，与家属联系并告知。

出现的情况及采取的措施：

签名： (☐ 患者本人 ☐ 患方家属 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人)

谈话时间： 年 月 日 时 分 联系电话：

经治医生签名：

主刀医生签名：

谈话时间： 年 月 日 时 分

5、手术中可能需要使用可吸收缝线及单价在200元以上的材料，您无异议表明已授权医生同意使用。

6、您无异议表明您已授权病理医生对手术中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置。

7、由于我院为医学院教学医院，在诊治过程中可能会进行观摩，您无异议表示您知情同意。

这是一份有关手术的告知书，目的是告诉您有关手术相关事宜。医学是一门科学，还有许多未被人类认识的领域。另外，患者的个体差异很大，疾病的变化也各不相同，相同的诊治手段有可能出现不同的结果，因此，任何手术都具有较高的风险。有些风险是医护人员和现代医学知识无法预见、防范和避免的医疗意外；有些是能够预见但却不能完全避免和防范的并发症。任何手术都有可能达不到预期结果、出现并发症、损伤甚至死亡。因此，医生不能对手术的结果做出任何的保证。您有权知道手术的相关信息，除出现危急生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行手术。

您以下的签名表示：

①您已阅读并理解同意前面所述的内容；

②您的医生对以上提出的情况已向您作了充分的解释；

③您已经得到了有关手术的相关信息；

④您已经选择了这种治疗方法，授权并同意医生为您施行上述手术。

签名： (☐ 患者本人 ☒ 患方家属 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人)

谈话时间 2018 年 10 月 8 日 10 时 分

联系电话：

经治医生签名：

主刀医生签名：

谈话时间： 2018 年 10 月 8 日 10 时 分