



手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: [REDACTED]

床号: 20

住院号: 00000140

1 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读,提出与本次手术操作有关的任何疑问,决定是否同意进行手术或操作。

2 由于已知或未知的原因,任何手术或操作都有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤甚至死亡。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。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/操作。在手术/操作前的任何时间,您都有权接受或拒绝本手术/操作。

3 您的主诊医生是 周水洪 您的经管医生 陈哲、鲍洋洋

术前诊断 声带新生物(右侧,息肉?肿瘤?)

拟施行的手术/操作名称: 支撑喉镜下喉部新生物活检+术中冰冻+CO2激光喉部新生物切除准备+部分喉或全喉切除准备+颈部淋巴清扫准备+气管切开准备+气管造瘘准备

需要分次手术: ☐ 是 ☒ 否

4 医生会给您解释:

4.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果:

明确病理性质,完整切除肿物的基础上尽量保证发声、进食等功能及创面修复。

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

a 手术中可能出现的意外和危险性:

1. 麻醉意外

2. 难以控制的大出血

3. 药物过敏

4. 导致死亡或无法挽回的脑死亡

5. 术中心跳呼吸骤停

6. 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案

7. 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

8. 其他:

术中激光爆炸,气道烧伤;术中牙齿松动,脱落;舌、唇、咽喉粘膜损伤,颞下颌关节脱位,颈椎脱位;气管切开有皮下气肿、气胸、纵膈气肿,甚至窒息可能;可能损伤大血管造成大出血致术中休克、死亡;损伤颈内静脉、气栓死亡,造成瘫痪、昏迷、脑梗死、多脏器功能衰竭、死亡;损伤神经、迷走神经、臂丛、副神经分支、舌下神经,出现抬肩障碍,膈肌运动障碍、口角歪斜、伸舌偏斜等症状;损伤食管、乳腺,再次手术可能;不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤,导致患者残疾或带来功能障碍。术中有发生肺血管、脑血管、心血管等脏器血管栓塞,恶性心律失常,急性心衰及其它可能危及生命的风险。术中肿瘤若侵犯舌根、食道,甲状腺等邻近部位需扩大切除相应侵犯部位,可能出现甲减需替代治疗。甲状旁腺、甲状旁腺、腮腺等结构损伤可能出现低钙抽搐、唾液漏等。术中发现病变范围较大,与颈内动脉等重要结构粘连可能难以完全切除。必要时术中颈外动脉切开行喉肿物活检。

b 手术后可能出现的意外及并发症:

1. 术后出血

2. 局部或全身感染

3. 切口裂开

4. 脏器功能衰竭(如弥漫性血管内凝血)





手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: [REDACTED]

床号: 20 [REDACTED]

- 5 水电解质平衡紊乱
- 6 术后气道阻塞
- 7 呼吸、心跳骤停
- 8 诱发原有疾病恶化
9. 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符
10. 再次手术

☒ 其他: 良性病变可能复发、恶变, 恶性肿瘤有肿瘤复发、转移, 需行二次手术, 或其他治疗方案的可能; 血流至肺部或痰堵塞气管造成缺氧, 死亡可能; 术后咽痒, 需长期换药。损伤食管, 发生气管食管瘘; 颈清有损伤副神经、迷走神经、臂丛、面神经分支、舌下神经, 出现抬肩障碍、膈肌运动障碍、口角歪斜、伸舌偏斜等症状; 术后咽痛; 术后出血, 再次去手术室治疗可能; 其它脏器功能下降甚至衰竭的可能; 术后进食呛咳, 难以经口进食, 需长期鼻饲流质, 术后拔管困难, 长期带管可能。术后长期声音嘶哑或失声。若转移皮瓣修复可能皮瓣坏死。术后有发生肺血管、脑血管、心血管等脏器血管栓塞, 恶性心律失常, 急性心衰及其它可能危及生命的风险。其它无法预测的并发症的可能。

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, 采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全, 使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: ①术前: 认真评估病人, 选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查, 如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。
- 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各种情况; ②仔细操作, 动作轻柔、准确。③严密止血。
- 3) 术后: 严密监测生命体征及手术部位变化, 并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗。
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它

4.4 可供选择的其它治疗方法: 良性病变可随诊观察, 恶性病变可放化疗

您选择的治疗方案: 手术

- 5 如需植入内置物, 您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型: 海奥膜

- 6 您的主刀医生是: 周水洪, 助手: 陈哲、鲍洋洋 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士, 必要时邀请病理及放射医生。

- 7 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行, 术中如有紧急或事先没有预料的情况发生, 医生将及时与家属取得联系, 根据出现的情况, 医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

- 8 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品, 他/她将会告诉您有关输血或血液制品的风险、利弊, 这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此, 您有权同意或拒绝接受输注血液或血液制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

- 9 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织、器官进行必要的医学处置和科学研究。

- 10 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩, 也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。



浙江大学医学院附属第一医院
浙江省第一医院

手术知情同意书

11 为了确保您对上述内容的准确理解，在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前，医生将会给您解释上述内容。如果您还有其它疑问，希望您及时告诉您的医生。

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 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

谈话医生 张海洋 日期 2017 年 10 月 16 日 15 时 30 分

签 日期 2017 年 10 月 16 日 15 时 33 分
☒ 患者本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他

