



上海市第一人民医院  
SHANGHAI GENERAL HOSPITAL  
上海交通大学附属第一人民医院  
上海市红十字医院

姓名: 科别: 产科学(南院) 病区: 3A护士站 床号: 3

### 手术知情同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 38岁 入院日期: 2016-04-11 11:46

患者疾病诊断: G2P0 孕23+2周 LOA 未临产 妊娠期高血压 高龄产妇 不良孕产史 IVF术后 部分性葡萄胎

手术适应症: 部分性葡萄胎

拟定手术: 刮宫取胎术

拟施麻醉方式: 腰麻

手术风险及并发症:

- |                                      |                    |
|--------------------------------------|--------------------|
| 1. 麻醉意外                              | 9. 术后肠粘连、肠梗阻       |
| 2. 术中、术后出血, 输血可能                     | 10. 术后血栓性静脉炎       |
| 3. 胎盘粘连、植入                           | 11. 子宫内异症, 发生败血症可能 |
| 4. 术中周围脏器损伤                          | 12. 葡萄胎侵袭转移可能      |
| 5. 羊水栓塞                              | 13. 术中大出血需要切除子宫    |
| 6. 术后病理为侵袭性葡萄胎或者有远处侵袭转移, 需要化疗或二次手术可能 |                    |
| 7. 术后切口感染、血肿、裂开, 愈合不良                |                    |
| 8. 术后宫缩乏力, 产后出血, 药物应用, 子宫切除可能        |                    |

替代医疗方案:

对上述手术风险及并发症, 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。

患者选择意见: 同意手术 (必须手写, “同意拟定手术”或者“同意替代医疗方案”)

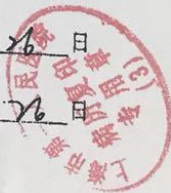
患者

16年4月26日

手术者

经治医师签名:

16年4月26日



[以下是知情同意签字页]

## 知情同意页

### 同意申明：

- 1、本人已仔细阅读受试者须知并了解这项试验的相关背景，研究者已就研究的特点和可能存在的不良反应向我做了详细解释，并对我的问题给予了解答。
- 2、我知道如果我拒绝参加此项试验，我的待遇与权益不会受到影响，在了解受试者须知的全部内容并经过充分的考虑后，我自愿参加此项试验。
- 3、我愿意遵守研究者的指示，依照研究方案参与试验。试验期间，我有权力随时退出，但退出前，我需要及时告诉研究者。
- 4、试验期间，如果出现了任何不适症状，我都会及时告诉研究者。

### 受试者签字：

姓名	签名	/ /
_____	_____	_____

### 研究者签字：

姓名（楷书）张沛明	签名 张沛明	/ /
_____	_____	_____

### 受试者代理人/监护人（如有）签字：

受试者不能签署本页的原因： \_\_\_\_\_

代理人/监护人与受试者的关系： \_\_\_\_\_

姓名（楷书）	签名	/ /
_____	_____	_____