

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名:

第(1)页

病案号:

5

患者姓名:

性别: 女

年龄: 40岁

科室: 国际产科

目前诊断: 宫内孕31周, 臀位; IVF-ET妊娠; PD综合征?副肿瘤综合征?

拟行手术(操作)名称: 剖宫取子术, 腹腔探查, 肝脏活检术

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

产妇目前的情况, 比较适合选择剖宫产。剖宫产是有创干预, 在手术过程及产后随时都可能发生异常情况。具体包括但不限于:

1. 新生儿早产: 患者因为医源性因素需要提前终止妊娠, 新生儿需要转儿科治疗, 存在感染、颅内损伤、发育异常等问题。
2. 胎儿宫内窘迫: 因宫缩过程、羊水过少、脐带异常、胎盘功能降低, 胎儿可能出现缺氧的表现(绝大多数为一过性的), 个别的情况下也可能会有胎死宫内、死产和新生儿窒息, 甚至新生儿死亡的发生。
3. 大出血: 导致大出血的因素很多, 包括产后宫缩乏力、胎盘或胎膜残留或植入、局部宫颈裂伤或会阴撕裂、血肿, 凝血功能异常等。某些因素, 在产前往往往不能预测, 一旦发生, 医生会根据产妇的情况做出处理。譬如行刮宫术、缝合裂伤、宫腔堵塞等, 若有失血性休克发生, 为挽救生命可能需要输血, 输血则有可能发生输血反应、或导致传染病的传播。如果各种止血措施均无效, 需要切除子宫术来止血。
4. 新生儿损伤、畸形、死亡: 可能会有新生儿头皮血肿、水肿、头皮挫裂伤、臂丛神经损伤、锁骨骨折、颅内出血等情况, 大部分情况均是短暂性的, 可自然恢复, 但是也有个别情况下有可能是永久性的损伤, 个别严重的情况下也有新生儿死亡的可能。此外还有可能出现产前未能发现的新生儿畸形(发生率为2-4%)。
5. 脐带脱垂: 在行阴道检查和操作过程中, 在一些意外的情况下, 脐带掉到胎先露以下的位置, 造成脐带受压, 母儿的血液循环被阻断, 胎儿出现缺氧、窒息, 甚至死亡。种情况发生往往比较紧急, 需要立即视产妇的情况, 决定终止妊娠的方式。
6. 产道损伤: 在分娩过程中, 浅度的撕裂非常常见, 但是有个别情况下会发生较大的撕裂, 造成出血、局部功能受到影响, 需要进行手术修补, 尤其当肛门、直肠受累时, 有可能会影响到局部感染、排便功能障碍。
7. 感染: 分娩不是一个无菌的过程, 有可能出现产后盆腔、泌尿系、生殖道、伤口的感染。
8. 羊水栓塞: 是非常罕见但又凶险的情况, 一旦羊水进入母循环, 可能会引起母体严重的类过敏样反应, 导致产妇窒息、休克、出血, 死亡率高达90%。
9. 心脑血管意外: 个别有合并症的产妇在分娩过程中因宫缩及疼痛的影响可能导致心脏骤停、脑溢血、脑血栓等意外情况。
10. 伤口愈合不佳、裂开: 个别产妇因各种原因在产后可能出现伤口不愈合、延期愈合或裂开等情况。
11. 在产程过程中如出现子宫破裂、脐带脱垂、急性胎儿宫内窘迫等危及母儿的危重症时, 为争取时间抢救、尽力保证母婴安全, 必要时需在产房内行紧急剖宫产手术。该手术时间紧急、风险高, 在手术前可能无法与家属、孕妇充分沟通、交流, 希望能得到孕妇、家属的理解、支持。
12. 活检可能导致肿瘤破裂、大出血等风险

我们会尽力避免并及早发现上述意外情况的出现, 并全力抢救以保母婴平安。您及您的家属在分娩过程中如有顾虑, 可向医生询问。您及您的家属在诊疗过程中应遵守国家、医院及科室的规定。请您认真仔细阅读以上条款, 充分理解并同意承担风险时, 同意在必要时采用一些阴道助产措施, 请签字, 否则我们无法提供服务。如不进行手术, 患者可能面临的风险是: 胎儿宫内窘迫

相关替代治疗方案:

选择相关替代治疗方案的风险:

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

第(2)页

病案号: [REDACTED]

医生声明:

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及所需治疗的必要性及其风险

2. 相关替代治疗方案及其风险

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

询问上述情况的相关问题及其他问题

(签字日期)

患者本人/近亲属/代理人声明:

1. 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果,包括本患者最易出现的风险/并发症以及这些风险/并发症带来的后果。
2. 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
3. 医生已解释替代治疗方案及其风险。
4. 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
5. 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。我确认本人具备合法资格签署本同意书。
7. 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

(请于横线上抄写: 同意)

(请于横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

(签字日期)

2012年5月12日