



## 中日友好医院

### 纵隔肿瘤手术知情同意书

(第 1 页)

病案号

姓名

姓名

性别：女

年龄：57岁

病历号

#### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有纵隔肿瘤，需要在全身麻醉下进行纵隔肿瘤切除手术。

#### 手术潜在风险和对策

医生告知我如下纵隔肿瘤切除手术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术或麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状或严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策
- 1) 麻醉意外；
- 2) 术中心脑血管意外，可致死亡；
- 3) 术中大出血、休克、植物人，甚至死亡；
- 4) 术中损伤周围组织，重要神经、血管、脏器；可能导致神经功能障碍，头面部及上肢肿胀等后果；
- 5) 术中根据具体病情改变手术方式，可能行扩大切除，血管置换，部分肺切除、肺叶切除、胸膜切除，复合肺叶切除等；
- 6) 肿瘤或病变侵犯重要脏器无法切除，放弃手术或仅行姑息切除，胸膜种植转移可能。
- 7) 术后心脑血管意外，可致死亡；
- 8) 术后出血，二次手术止血，可致死亡；
- 9) 术后复发、转移；
- 10) 术后伤口感染，伤口愈合不良；肺残端长期漏气，引发脓胸等不良后果；
- 11) 术后多器官功能衰竭；
- 12) 术后呼吸功能衰竭，需气管插管或气管切开，长期机械通气，呼吸机依赖；
- 13) 术后心律失常、心功能衰竭、心绞痛、心肌梗死；
- 14) 术后气胸、血胸、脓胸、乳糜胸，需长期带管或再次手术；
- 15) 复张性肺水肿；
- 16) 肺炎、肺不张，急性呼吸窘迫综合征；
- 17) 心疝；
- 18) 术后皮下气肿、血肿；
- 19) 术后局部皮肤麻木、疼痛、皮肤感觉消失；
- 20) 单侧喉返神经损伤，术后声音嘶哑，术后呛咳；
- 21) 双侧喉返神经损伤，术后呼吸困难、窒息；
- 22) 术后一侧肢体无汗，一侧头面部无汗，霍纳氏征；
- 23) 术后胸骨感染或不愈合，再次手术；
- 24) 急性肺栓塞；
- 25) 下肢静脉血栓；
- 26) 膈卒中；
- 27) 胸腔镜操作困难，中转开胸；
- 28) 肥胖患者手术操作可能困难，需双剑进行手术；
- 29) 膈神经损伤，膈肌抬高，呼吸困难；
- 30) 其它难以预料的意外（如褥疮、泌尿系感染等）。

患者或授权亲属签字：

签字日期：

年 月 日



## 中日友好医院

### 纵隔肿瘤手术知情同意书

姓名 李

(第 2 页)

病案号                     

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

1. 我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

2. 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

3. 我理解我的手术需要多位医生共同进行。

4. 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

5. 授权医生对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

6. 我承诺对任何损害结果的异议，按照法律诉讼程序解决。

患者签名                     

签名日期          年          月          日

如果患者无法签署，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名                     

关系                     

期 2018 年 2 月 7 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名                     

签名日期          年          月          日



患者或授权亲属签字，

签字日期，

年 月 日





## 中日友好医院

### 手术中冰冻切片检查知情同意书

姓名: [REDACTED]

(第 1 页)

病案号 [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄: 57岁

病历号: [REDACTED]

#### 检查介绍和建议

医生已告知我患有纵隔肿瘤,需要在手术中进行冰冻检查,以决定下一步治疗的方案。

手术中冰冻切片检查是临床医师在实施手术过程中,就与手术方案有关的疾病诊断问题请求病理医师快速进行的紧急会诊,要求病理医师在短时间内,根据对切除标本的巨检和组织块快速冰冻切片观察后,向手术医师提供参考性病理学诊断意见。

限于医学技术的发展水平,目前冰冻切片的诊断准确率有限。

#### 手术中冰冻检查潜在风险和对策

1、我理解冰冻切片诊断仅为手术医师提供参考性意见,它具有局限性,其准确率一般在95%左右。

2、我理解一些病变单靠冰冻切片难以鉴别良恶性,为防止对患者造成不必要的损伤,病理医师在遇到病变不典型、交界性病变、可疑恶性病变或送检组织不适宜等状况时,病理医生可以不作明确诊断,等待常规石蜡诊断。

3、我理解冰冻报告不能作为最后诊断,最后诊断必须等待石蜡切片。

4、我理解冰冻报告与常规石蜡切片报告可能不一致,此时以石蜡切片诊断报告为准。手术方案有可能因此发生改变。

5、我理解如果遇到临时停电、停水等意外情况,病理科无法进行术中快速冰冻检查。在水电复通后尚需等待3小时后才能进行冰冻检查。

6、我在权衡风险与危害后,愿意接受冰冻检查。

#### 患者知情选择

1. 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

2. 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

3. 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

5. 我授权医生对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名

签名日期 年 月 日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属

患者关系

日期 2018年2月7日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的操作方式、此次操作及之后可能发生的风、可能存在的其它方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医生签名

签名日期

2018年2月7日

患者或授权亲属签字

签字日期:

年 月 日

# 卫生部中日友好医院 患者麻醉知情同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 57 病案号 [REDACTED]

## 一、我所获知的麻醉基本知识及治疗建议

1. 麻醉作用的产生主要是利用麻醉药使中枢神经系统或神经系统中某些部位受到抑制的结果。临床麻醉的主要任务是：消除手术疼痛，监测和调控生理功能，保障患者安全，并为手术创造条件。尽管手术是治疗外科疾病的有效方法，但手术引起的创伤和失血可使患者的生理功能处于应激状态；此外各种麻醉方法和药物对患者的生理功能都有一定影响；加之患者原有的内外科疾病本身所引起的病理生理改变、以及所导致的器官功能损害等，都是围手术期潜在的危险因素。

任何麻醉方法都存在一定风险性，根据目前技术水平尚难以完全避免发生一些医疗意外或并发症。如患者合并其它原有基础性疾病，麻醉可诱发或加重已有症状、相关并发症，麻醉风险性也显著增加。麻醉的风险性与手术大小并非完全一致，复杂的手术固然可使麻醉的风险性增加，而有时手术并非很复杂，但由于患者的病情和并存疾病的影响，可为麻醉带来很大风险。

2. 为了保证我手术时无痛和医疗安全，手术需要在麻醉和严密监测条件下进行。根据我的病情和手术需要，可以考虑选择以下麻醉方法。

- ☒ 全身麻醉； ☐ 全麻+硬膜外麻醉； ☐ 椎管内麻醉； ☐ 神经阻滞；  
☐ 局部麻醉+强化； ☐ 麻醉/辅助镇静； ☐ 其它

3. 为了我的手术安全，需要进行动脉、静脉穿刺置管和血流动力学监测，包括下列一种或几种：

- ☒ 外周动脉穿刺置管及有创血压监测； ☐ 中心静脉穿刺置管； ☐ 肺动脉导管置管及监测。

4. 为了减轻我术后疼痛，促进康复，麻醉医师向我介绍了术后疼痛治疗的优点、方法和可能引起的意外与并发症，并告知是自愿选择。

## 二、我被告知的麻醉潜在风险和对策

(一) 麻醉医师已对我的病情、病史进行了详细询问，并将目前因受医学科学技术条件限制、尚难以完全避免的麻醉意外和并发症对我履行了告知义务。

(二) 我已了解并理解麻醉存在如下(但不限于如下)风险：

1. 与原发病或并存疾病相关：脑出血，脑梗塞，脑水肿，严重心律失常，心肌梗死/梗死，心力衰竭，肺不张，肺水肿，肺栓塞，呼吸衰竭，肾功能损害或衰竭等。
2. 与药物相关：过敏反应或过敏性休克，局麻药全身毒性反应和神经毒性，严重呼吸和循环抑制，循环骤停，器官功能损害或衰竭，精神异常，恶性高热等。
3. 与不同麻醉方法和操作相关：
  - 1) 神经阻滞：血肿，气胸，神经功能损害，喉返神经麻痹，全脊麻等。
  - 2) 椎管内麻醉：腰背痛，尿失禁或尿潴留，腰麻后头痛，硬膜外血肿，脊神经或脊髓损伤，呼吸和循环抑制，全脊麻甚至循环骤停，硬膜外血肿、脓肿甚至截瘫，穿刺部位或椎管内感染，硬膜外导管滑脱或断裂，麻醉不完善或失败等。
  - 3) 全身麻醉：呕吐，误吸，喉痉挛，支气管痉挛，急性上呼吸道梗阻，气管内插管失败，术后咽痛，声带损伤环杓关节脱位，牙齿损伤或脱落，苏醒延迟等。
  - 4) 与有创性监测相关：局部出血、血肿，脑出血/气肿，血/气胸，感染，心律失常，血栓形成或肺栓塞，心包填塞，导管打结或断裂，胸导管损伤，周围组织损伤(神经、血管、胸膜等)，术后出血，术后感染。
4. 与输液、输血及血液制品相关：血源性传染病，热原反应，过敏反应，凝血病等。



5. 与外科手术相关：失血性休克，严重迷走神经反射引起的呼吸心跳骤停，压迫心脏或大血管引起的严重循环抑制及其并发症等。

6. 与急诊手术相关：以上医疗意外和并发症均可发生于急诊手术病人，且发生率明显升高。

7. 与术后镇痛相关：呼吸、循环抑制，恶心呕吐，镇痛不全，硬膜外导管脱出等。

8. 其他：

一旦上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

我被告知，麻醉医师将严格遵循麻醉操作规范和用药原则；在我手术麻醉期间，麻醉医师将严密监测我的生命体征，并履行医师职责，对异常情况及时进行治疗和处理。

### 三、患者知情选择：

我被告知：根据相关的法律法规有关条款，患者知情选择由患者自己亲自签字。在特殊情况下，需取得患者书面同意的医疗活动应当由相关的法律责任人（患者的法定代理人、近亲属、关系人及被授权的其它人员）签字。

1. 医生已经告知我即将进行的麻醉及监测诊疗操作方式、此次操作时及操作后可能发生的并发症和风险、以及可能实施的其它医学方法。

2. 我同意医务人员实施旨在完成手术所必需的麻醉措施及保障生命安全所必需的监测诊疗措施。

3. 我了解并理解在麻醉及手术中可能出现的一些特殊情况，我亦理解在麻醉手术过程中可能会出现一些未曾预料到的问题及意外，在此情况下我授权于各位医务人员，按照医学常规予以紧急处理和全力救治。如果所选麻醉方法不能满足手术需要，授权麻醉医师根据具体情况对预定的操作方式作出调整。

4. 我理解我的麻醉及监测诊疗操作需要多位医生共同进行。

5. 我并未获得此次麻醉及监测诊疗操作能百分之百成功的许诺。

6. 医生已向我解释了上述所有情况，并且圆满回答了我所有的问题。

我同意接受麻醉及相应的监测诊疗措施。

患者签名

签名日期

2018年2月7日

我同意接受术后镇痛治疗

患者签名

签名日期

2018年2月8日

患者授权家属签

者关系

签名日期

2018年2月8日

### 四、医生陈述

我已经告知患者将要实施的麻醉方式及诊疗操作方式。此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险。根据手术治疗的需要更改为其他麻醉方法及其他诊疗操作方式的可能性，并且解答了患者关于此次麻醉的相关问题。

医生签名

签名日期

2018年2月8日