

# 安徽医科大学第一附属医院高新院区

## 手术知情同意书

姓名

疾病

医生已告知我患有 食管内异物、食管穿孔 需要在 全身 麻醉下进行 硬性食管镜检查+食管内异物取出术 手术。

手术目的：1) 进一步明确诊断 2) 切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他) 3) 缓解症状 4) 其他\_\_\_\_\_。

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同患者的情况有所不同，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恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策：
  - 1) 麻醉并发症严重者可致休克，危及生命；
  - 2) 术中、术后大出血，严重者可致休克，危及生命；
  - 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式；
  - 4) 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合，瘘管及窦道形成；
  - 5) 脂肪、羊水栓塞：严重者可致昏迷及呼吸衰竭，危及生命；
  - 6) 呼吸系统并发症：肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等；
  - 7) 心脏病并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心搏骤停；
  - 8) 尿路感染及肾衰竭；
  - 9) 脑并发症：脑血管意外、癫痫；
  - 10) 精神病并发症：手术后精神病及特别的其他精神问题；
  - (11) 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞；
  - (12) 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血)；
  - (13) 水电解质平衡紊乱；
  - (14) 诱发原有疾病恶化；
  - (15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符；
  - (16) 再次手术；
  - (17) 因病灶或患者健康的原因，终止手术；
  - (18) 病灶切除不全，或肿瘤残体存留；
  - (19) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如\_\_\_\_\_。

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。

# 安徽医科大学第一附属医院高新院区

## 手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

我理解手术,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,我可能出现以下特殊并发症或风险: 1. 麻醉意外; 2. 术中、术后出血、感染, 损伤大血管, 发生致命性大出血可能; 3. 心脑血管意外; 4. 皮下气肿、纵膈气肿、气管食管瘘、食道纵膈瘘、纵膈感染; 5. 术中未发现异物, 或发现异物难以取出; 6. 损伤牙齿; 7. 食道穿孔、狭窄; 8. 其他

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:

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、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

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。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师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:

患者授权亲属签名 [REDACTED] 签名日期 2019 年 3 月 20 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、可能存在的其他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: [REDACTED]

签名日期: 2019.3.30