

手术知情同意书

姓名: 性别:男 年龄:64岁 科室:胃肠外科病区 床号:35 病案号:

疾病介绍与治疗建议

医生已告知我患有胃角腺癌，需要在全身麻醉下进行腹腔镜辅助胃癌根治手术。(备经肛门取标本腹部无辅助切口全腹腔镜胃癌根治术)

手术目的:

(1) 进一步明确诊断; (2) 切除病灶(癌变); (3) 缓解症状; (4) 其他

预期效果:

(1) 疾病诊断进一步明确; (2) 疾病进展获得控制; (3) 症状缓解; (4) 其他

手术潜在风险与对策

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) 呼吸并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等; 7) 心脏并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停; 8) 尿路感染及肾衰; 9) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫; 10) 精神并发症: 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



手术知情同意书

姓名

性别:男

年龄:64岁

科室:胃肠外科病区

床号:35

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,我可能出现以下特殊并发症或风险:

- 1.麻醉意外,术中术后心脑血管意外高危,可能出现呼吸心跳骤停、脑血管梗塞等。
- 2.术中副损伤,如临近血管神经脏器,导致大出血、肠痿、器官功能障碍、器官坏死等。
- 3.根据术中探查情况决定具体术式:①拟行腹腔镜辅助胃癌根治术(远端胃切除-胃空肠吻合术),根据术中情况决定切除范围及吻合方式;②如病变广泛需行联合多脏器切除术(切除肝脏、胆囊、胰腺、脾、肾、肾上腺、食管、小肠、结肠、膈肌等);③肿瘤无法切除:姑息性减瘤术,姑息性减状术(胃空肠吻合、空肠造瘘术)或仅行开腹探查术。
- 4.术中大出血,可能危及生命。
- 5.腹腔镜相关并发症:高碳酸血症、血液循环障碍、Trocar疝等。
- 6.术中根据情况行中转开腹手术可能。
- 7.术中使用自费高价吻合器、闭合器。术中根据病情可能使用腹腔化疗药物及生物治疗药物,花费较高。
- 8.术后腹腔或消化道大出血,需再次手术止血。
- 9.术后吻合口出血,感染,狭窄,吻合口痿形成。
- 10.吻合术后出现十二指肠残端痿,胆痿,胰痿。
- 11.术后出血,伤口感染,脂肪液化,裂开。
- 12.术后腹腔盆腔严重感染,脓肿形成,败血症。
- 13.术后肠粘连、肠梗阻。
- 14.术后静脉血栓形成,肺栓塞,心脑血管栓塞。
- 15.术后严重的心律失常、心肌梗塞、心功能衰竭、心跳骤停、高血压发作。
- 16.术后肺不张,呼吸道感染,呼吸功能衰竭。
- 17.术后尿潴留、泌尿道感染。
- 18.术后血糖紊乱,肝肾功能衰竭。
- 19.术后消化功能异常,胃瘫、胆汁反流性胃炎、食管炎,倾倒综合征,营养障碍。
- 20.术后电解质紊乱,酸碱失衡。
- 21.多系统器官功能衰竭。
- 22.术后肿瘤复发或转移。
- 23.术后出现并发症可能需再次手术并延长住院时间。
- 24.术后病理学最终诊断阴性。
- 25.术后出现其他严重并发症或难以预料的情况。
- 26.病情需要转入ICU病房监护,费用较高。

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。



中国医学科学院肿瘤医院深圳医院

Cancer Hospital Chinese Academy of Medical Sciences, Shenzhen Center

深圳市肿瘤医院

Shenzhen Cancer Hospital

手术知情同意书

姓名:赵彩菊 性别:男 年龄:64岁 科室:胃肠外科病区 床号:35 病案号:0000006683

患者知情选择(同意者在□打√;不同意者□在打×,并在相应处签名)

☒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。

☒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。

☒我理解我的手术需要多位医生共同进行。

☒我并未得到手术百分之百成功的许诺。

☒我授权医师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。

患者意见 同意手术 签名: [Redacted] 2019年4月3日

(如果患者无法签署知情同意书,请其亲属或被授权人在下面签名确认。)

患者亲属或被授权人意见 同意 签名: [Redacted] 患者关系 父子
2019年4月3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治疗的相关问题。

医生签名: [Signature] 2019年4月4日

