

福建医科大学附属协和医院

麻醉知情同意书

姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 科室_____ 病区床号_____ 病案号_____

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有_____, 拟于_____年_____月_____日, 行_____手术, 手术前需要接受麻醉。

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。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; 各种麻醉方法和药物对患者的生理功能都有一定影响; 外科疾病本身所引起的病理生理改变, 以及并存的非外科疾病所导致的器官功能损害等, 都是围手术期潜在的危险因素。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, 可为麻醉带来更大的风险。

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。我有权选择适合我的麻醉方法, 但根据我的病情和手术需要, 麻醉医师建议我选择以下麻醉方法, 必要时允许改变麻醉方式。

☐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; ☐其它

3. 为了我的手术安全, 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, 麻醉医师始终在现场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。但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。如合并其它疾病, 麻醉可诱发或加重已有症状, 相关并发症和麻醉风险性也显著增加。

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, 建议我进行术后疼痛治疗。并告知是自愿选择和自费项目。

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。我对麻醉医师所告知的、因受医学科学技术条件限制、目前尚难以完全避免的麻醉意外和并发症表示理解。相信麻醉医师会采取积极有效措施加以避免。如果发生紧急情况, 医师无法或来不及征得本人或家属意见时, 授权麻醉医师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的需要, 授权麻醉医师根据具体情况改变麻醉方式以便顺利完成手术治疗。

(二) 我理解麻醉存在以下(但不限于)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, 心肌缺血/梗死, 心力衰竭; 肺不张, 肺水肿, 肺栓塞, 呼吸衰竭; 肾功能障碍或衰竭等。
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, 颅神经麻痹, 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, 硬膜外导管滞留或断裂, 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: 局部血肿, 纵膈血/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, 神经损伤等。
- (5) 与输液、输血及血液制品相关: 血源性传染病, 热源反应, 过敏反应, 凝血病等。
- (6) 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。
- (7) 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, 且发生率较择期手术明显升高。
- (8) 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。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

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. 麻醉医生已经告知我将要施行的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它麻醉方法并且解答了我关于此次麻醉的相关问题。
2. 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的麻醉方式做出调整。
3. 我理解在我的麻醉期间需要多位医生共同进行。
4. 我并未得到治疗百分之百无风险的许诺。

患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

我同意接受术后疼痛治疗:

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 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医生陈述

我已经告知患者将要施行的麻醉方式、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 9 月 16 日

福建医科大学附属协和医院心外科 福建省胸心外科研究所

室间隔缺损封堵备修补术知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号
------	----	----	-----

患者诊断:

拟行

手术。

以达到治疗的目的。心脏手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者的个体特异性、病情的差异及年龄等因素的影响,本手术有可能失败或出现并发症、损伤邻近器官及某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生如下医疗风险:

1. 麻醉过程中,可能发生呼吸、心跳骤停、药物过敏等意外危险。
2. 麻醉后行彩超检查最后明确是否能行封堵术。
3. 封堵过程中损伤室缺周围重要组织,如瓣膜、腱索等,导致瓣膜关闭不全、心脏破裂等,严重时危及生命。
4. 术后封堵伞脱落导致肺动脉栓塞、脑动脉栓塞、内脏及外周动脉栓塞,引起栓塞器官缺血坏死,导致相应的并发症,严重时可能导致瘫痪、截肢、猝死等后果;且需改开胸手术取出封堵伞,行常规手术治疗。
5. 封堵伞可能夹闭传导束,可能导致心律失常如 III° 房室传导阻滞,需安装永久性起搏器;恶性心律失常,需要手术取出封堵术,严重时可能导致患者心脏骤停、死亡。
6. 术后封堵伞可能出现移位,可能出现残余漏、影响周围组织结构(如瓣膜中重度返流等)、心律失常等需改行体外循环下直视修补术。

术中彩超确定无法封堵或封堵失败,需改体外循环行室缺修补术,导致相应的并发症:

7. 体外循环是一种非生理状态,易于导致各相关脏器的损伤,如肾、肝、脑、肺等,肾功能不全严重者需行腹膜透析,肝功能不全者易出现黄疸、腹水等,脑损伤者易出现抽搐、昏迷、偏瘫等,肺功能不全者无法脱离呼吸机或者合并肺部感染。
8. 体外循环可破坏血细胞,引起术后凝血功能障碍,导致术后出血。期间肝素化有可能导致脑出血,引起昏迷、缺血缺氧性脑病、偏瘫等脑部并发症。如果合并脑气栓,可出现抽搐、偏瘫,严重者出现昏迷。
9. 在手术过程中,因炎症、解剖异常等因素,可能发生术中难以控制的大出血,并有损伤或切除邻近脏器或组织的可能。
10. 术中出现心脏复跳困难,无法脱离体外循环,最终导致死亡;
11. 术中损伤传导束,导致 III 度房室传导阻滞,必要时需要安装临时或永久性起搏器;术中、术后并发恶性心律失常,无法控制,危及生命。
12. 术中及术后出现低心排量综合征,导致肾功能衰竭(需要腹膜透析)、肝功能衰竭、脑功能衰竭等多脏器功能衰竭,导致死亡。
13. 术中损伤大血管,冠脉,瓣膜,膈神经,心肌及周围重要组织引起相应并发症如大出血,心梗,瓣膜关闭不全,膈肌麻痹,心脏破裂等。
14. 术后并发残余漏需再次手术治疗。

两种手术方案均可能发生以下并发症:

15. 术后出血严重,导致心包填塞,需二次开胸止血。
16. 患儿术后肺功能不全或肺部感染迁延不愈,导致无法脱离呼吸机,严重者需气管切

开,重症监护室住院时间长,费用巨大,预后差。

17. 术后可能发生切口感染、化脓、瘻或窦道形成,切口不愈合。

18. 术后可能出现应激性溃疡,中毒性肠麻痹,心包积液,纵隔感染,胸骨畸形。其它不可预测的意外或并发症。

19. 上述并发症严重时均能危及生命。

一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害,严重者甚至死亡的不良后果。

医患双方的共识:

- 医疗机构及其医务人员在医疗活动中,必须严格遵守医疗卫生管理法律,行政法规,部门规章和诊疗护理规范、常规,恪守医疗服务职业道德。
- 患方已将患者病情充分、真实地、毫无隐瞒地提供给经治医师并已充分了解了该手术方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其它治疗方法及其利弊;对其中的疑问,已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的手术方案。
- 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效,其内容为双方真实意思的表示,并确认医方已履行了告知义务;患方已享有知情、选择及同意的权利;将受我国有关法律的保护。

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_____与患者关系_____ 签名日期_____年_____月_____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 2018 年 9 月 1 日