



## 手术知情同意书

科室：普外科三病区

床号：34

住院号：

患者姓名：

性别：男

年龄：56岁

术前诊断：1. 直肠绒毛状腺瘤伴重度不典型增生

拟行手术：经肛门直肠肿块切除术

手术部位：会阴部

麻醉方式：腰麻

疾病介绍和治疗建议：

1. 术前诊断：直肠绒毛状腺瘤伴重度不典型增生

2. 拟行手术：经肛门直肠肿块切除术

3. 建议手术原因

直肠绒毛状腺瘤伴重度不典型增生治疗方法很多，手术在当今仍然是直肠绒毛状腺瘤伴重度不典型增生最常采用也是最为有效的治疗方法。手术目的是肿块切除进而改善症状或延长患者生存，同时明确病理诊断，为进一步治疗提供基础。

具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同，医师告诉我可与我的医师讨论有关我手术的具体内容。

手术存在风险和对策告知：

医师告知我 经肛门直肠肿块切除术 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病人的具体情况会有所不同，医师告诉我可与我的医师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师讨论。

1. 我理解任何手术、麻醉或其他侵入性操作都存在风险。

2. 我理解使用任何药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，严重时甚至危及生命。

3. 我理解此手术有可能发生以下风险：

1. 麻醉意外，危及生命

2. 心脑血管意外，危及生命

3. 术中损伤周围脏器、神经、血管，引起相应功能障碍，危及生命

4. 术中术后大出血，甚至出现失血性休克，危及生命

5. 拟明日在腰麻下行“经肛门直肠肿块切除术”，不排除手术方式及麻醉方式改变，具体由术中所见决定，需术中再次谈话。

患者（家属）签名：

1

医师：





6. 术后伤口愈合慢，时间长，需多次换药直至创面愈合。
7. 术后肛门失禁、肛门狭窄可能，需再次或多次手术治疗。
8. 术后出现暂时性尿潴留可能。
9. 术后感染，包括泌尿系、肺及软组织感染。
10. 术后切口延迟愈合或不愈合可能，肛周感染，肛痿形成并反复发作，迁延不愈，需再次或多次手术治疗。
11. 术中肠穿孔，出血，术后肠痿可能，甚至需再次手术治疗。
12. 术后切口感染，切口不愈合，需再次或多次手术可能。
13. 如术后病检回报为恶性肿瘤，术后需进行综合抗肿瘤治疗，甚至需再次手术行“腹会阴联合直肠癌根治术”，需左下腹乙状结肠永久性造痿。
14. 术后病情危重，需入住重症监护室，甚至成为“植物人”，人财两空可能。
15. 其它不可预知意外发生，危及生命。

4. 我理解上述任何风险一旦发生，可能需要二次、多次手术，病情严重时需入重症监护室（ICU）监护治疗，同时可能会增加住院时间及费用。

5. 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、免疫病等全身性疾病或慢性病，或者有吸烟史、饮酒史、既往重大外伤或手术史、既往放疗化疗或靶向治疗史，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。

6. 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。

7. 我理解在危急情况下，医师可能需要根据我的病情对预定的手术方式做出调整或终止手术。

8. 我理解某些治疗用药、辅助用药或器械器材为医保范围之外，需自费负担。

## 特殊风险告知

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：

病理检查回报为恶性肿瘤，术后需综合抗肿瘤治疗，甚至需再次手术行“腹会阴联合直肠癌根治术”，需左下腹乙状结肠永久性造痿。

术后肛门失禁、肛门狭窄可能，需再次或多次手术治疗。

如不进行手术，可能面临的风险告知：

肿块进行性发展，形成肠梗阻。

肿块进行性发展，形成恶性肿瘤。





中南大学湘雅二医院

The Second XiangYa Hospital of Central South University

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施，这些措施是基于现有的医学知识和医疗手段，并非尽善尽美，而且医师并不能确保这些治疗和措施最终能够带来好的结局。

医师签名：\_\_\_\_\_

签名日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_时\_\_分

患者知情选择：

- 我的医师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、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。
- 我已听懂、理解手术的必要性和上述所列的风险和并发症的含义，已明白其中有一些是难以预知和/或无法避免的。
- 我同意在手术中医师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师甚至多学科医师共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 经慎重考虑，我明确表示同意接受并授权中南大学湘雅二医院为我实施本次手术。
- 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、

医学相关研究和医疗废物处理等。

患者签名：\_\_\_\_\_

签名日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_时\_\_分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权委托的亲属签名：

患者授权亲属签名：\_\_\_\_\_

与患者关系：\_\_\_\_\_

签名日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_时\_\_分

患者拒绝手术声明：

经过医师详细告知，我已经充分了解病情及不进行手术可能发生的后果，经认真考虑，我自愿决定拒绝手术治疗，并且愿意承担因不施行手术而发生的一切后果，特此签字声明。

患者签名：\_\_\_\_\_

签名日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_时\_\_分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权委托的亲属签名：

患者授权亲属签名：\_\_\_\_\_

与患者关系：\_\_\_\_\_

签名日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_时\_\_分

医师陈述：

我已经告知患者及家属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及家属关于此次手术的相关问题，同时已经告知患者及家

患者（家属）签名：\_\_\_\_\_





中南大学湘雅二医院

The Second XiangYa Hospital of Central South University

属我们将以科学、严谨、负责的态度对患者进行相应治疗，若出现相关法律、法规认定的医疗差错事件，医院将承担相应责任。

医师签名:

签名日期: \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_时\_\_分

注: 1、请在认真考虑后做出您的选择，根据您的决定在相应声明处书写“我做以上声明”字样并签字;

2、签字者原则上应为患者本人，家属可以但并非必须同时签字。在患者本人丧失行为能力或因保护性医疗无法签字时，需由其法定代理人或委托代理人作为家属签字。



患者(家属)签名:

医师签名: