

姓名: [REDACTED] 性别: 女

年龄: 29岁

科室: 基本外科

术前诊断: 小肠出血原因待查、海绵状淋巴管瘤可能性大、中度贫血、多发子宫肌瘤

拟行手术(操作)名称: 开腹探查、小肠肿物切除、备术中小肠镜

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

- 一、麻醉意外;
- 二、心、脑血管意外;
- 三、术中、术后大出血;
- 四、根据术中情况决定具体手术方式:
1. 根治性手术, 开腹探查, 切除病变肠管; 病变可能为多处; 视病情可能行联合脏器切除, 如结肠、膀胱等;
2. 可能行术中小肠镜检查助于明确具体病变部位; 如术中探查其余组织或脏器异常, 可能同时相应处理;
- 五、根据术中情况决定是否行结肠造口或回肠置管造口术, 造口可能为临时性或永久性;
- 六、气腹并发症, 如皮下气肿、气体栓塞、高碳酸血症等;
- 七、术中周围组织或器官的切除或损伤, 出现相应并发症, 如涉及输尿管、膀胱等, 术后可能出现尿漏、腹膜炎等; 如涉及下腹神经或盆腔神经等, 术后可能出现尿潴留等;
- 八、围手术期发生循环、呼吸、肝脏、肾脏等系统和器官功能不良或衰竭;
- 九、术后感染, 包括腹腔内感染、呼吸系统、泌尿系统感染、切口感染等;
- 十、术后出现吻合口漏、吻合口狭窄、吻合口出血、肠痿等;
- 十一、术后还可能出现乳糜腹水、乳糜瘘等, 引流管放置时间较长;
- 十二、如有造口, 可能出现造口出血、缺血、坏死、回缩、狭窄, 造口旁疝等;
- 十三、术后切口愈合不佳, 如脂肪液化、切口部分或全层裂开等, 后期可能出现切口疝;
- 十四、术后血栓形成或脱落, 如下肢深静脉血栓、肺栓塞、脑梗等;
- 十五、术后出现肠粘连、肠梗阻;
- 十六、术后肿瘤复发、转移;
- 十七、根据病情术后可能需转ICU病房, 费用高, 且部分为自费;
- 十八、其他意外情况。

上述各种并发症或意外情况在严重时均可能危及生命, 增加医疗费用。必要时需行二次手术甚至多次手术。

手术/操作/特殊治疗知情同意书

第(2)页

病案号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

相关替代治疗方案:

保守治疗

选择相关替代治疗方案的风险:

出血情况加重甚至危及生命

医生声明:

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及所需治疗的必要性及其风险
2. 相关替代治疗方案及其风险

医师签名) [Signature]

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

(签字日期)

询问上述情况的相关问题及其他问题

患者本人/近亲属/代理人声明:

1. 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险/并发症以及这些风险/并发症带来的后果。
2. 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
3. 医生已解释替代治疗方案及其风险。
4. 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
5. 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
6. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。我确认本人具备合法资格签署本同意书。
7. 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生回答相关问题。对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

同意

(请与横线上抄写: 同意)

(请与横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

(签字日期)

2016.1.14

全麻小肠镜检查及相关治疗知情同意书

患者: [REDACTED]

病案号 [REDACTED]

鉴于您的病情需要,医师建议您接受全麻下小肠镜检查及相关治疗。现有必要将检查过程中的相关注意事项向您说明:

1. 小肠镜检查过程中可能会引起恶心、呕吐、腹胀及腹痛等不适,但绝大多数患者都能顺利完成检查。但因消化道的解剖个体差异或疾病累及以及患者对疼痛的敏感性不同,少部分患者可能无法顺利完成检查。
 2. 小肠镜检查分为经口及经肛两种入路;由于小肠病变定位相对困难,小肠镜检查可能无法到达病变部位,可能难以完成诊断、活检或治疗。
 3. 小肠镜检查前需禁食至少8小时。结肠镜及小肠镜(从结肠进镜)检查要求清洁肠道,请认真按规定进行肠道准备及多饮水,以防因腹泻引起虚脱,糖尿病患者请准备无色透明水果糖块,以防低血糖发作。
 4. 检查过程中,个别患者有可能发生心脑血管意外,尤其是有心脏病史(如房颤、冠心病等)、脑血管病史(如脑梗、脑出血、短暂性脑缺血等)及高血压病史的患者。检查前请停用抗凝或抗血小板药物一周(如阿司匹林、氯吡格雷、华法令等)。
 5. 鉴于受检查患者的消化道情况可能处于疾病状态,内镜检查、特别是进行内镜治疗过程中偶有导致消化道穿孔的可能,有系统性疾病、肿瘤患者及老年人风险高。
 6. 检查过程中,操作医师会根据病情需要进行组织活检,可能会有少量出血,一般情况下会自行止血,少数可能需要内镜下止血,严重者出现大出血,可能需要手术等治疗。
 7. 检查过程中,操作医师会根据病情需要进行内镜下治疗(如高频电切息肉/肿瘤切除术、黏膜切除术、异物取出术、止血治疗、氩气刀治疗、 等),操作过程中及之后有可能出现出血、穿孔、溃疡及感染等并发症,或其他难以预见的意外,需要根据情况进行相关治疗。
 8. 内镜诊疗后如有特别不适(如持续头晕、腹痛或呕血、黑便等),请及时来医院急诊就诊,以免延误您的病情。
 9. 组织活检、内镜下各种治疗及一次性耗材(如注射针、止血夹、套扎器等),需按规定另行收费。为了不延误您的治疗,请提前做好诊治费用。
 10. 全身麻醉有可能出现麻醉相关并发症。检查前需先至麻醉科门诊就诊,请麻醉科医师进行麻醉风险评估。检查时必须有家属陪同,检查后不能自行驾车离开。
- 检查及相关治疗过程中,我们会按医疗常规谨慎操作。但即便医务人员操作正确无误,仍有可能出现上述及其他各种难以预料的并发症,我们会按规定及时处理,但因并发症及所有意外情况而产生的一切医疗费用仍需您全部自行承担。请您仔细阅读以上说明,如知情并要求检查,请签署您的意见并签字(本人、家属或法定代理人)。

患方意见:我已认真阅读并理解上述内容, (同意/不同意) 检查。

签 字: [REDACTED]
日 期: [REDACTED]

医师签字:
日 期: 2015-12-21