



浙江省同德醫院

TONGDE HOSPITAL OF
ZHEJIANG PROVINCE

7. 7可供选择的其它治疗方法:

继续观察

您选择的是

8. 如需植入内置物(如内固定材料等), 医师会根据您的同意选择, 请您签署“体内植入物申请表”。

9. 如果医师认为在您的手术期间需要输血或血液制品时, 将会告诉您输血或血液制品的目的、风险、利弊, 并会请您签署“自体血回输知情同意书”或“输血知情同意书”, 您有权同意或拒绝接受输血或血液制品, 您有任何有关输血的疑问都可以同经管医师讨论。

10. 医师将根据您的授权和同意后按拟定的手术进行, 但不排除术中出现紧急情况或事先无法预计的情况发生, 医师将及时同您的家属联系, 根据出现的情况, 医师将根据专业判断和最有利于您的原则采取必要的处置措施。

11. 您签名后表明已经授权医师处理手术中取下的组织、器官, 病理医师将会进行必要的医学处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

12. 您签名后表明同意学习者在手术过程中进行观摩, 拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学的用途。

医师陈述:

我已经向患者解释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等, 并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名

何忠良

签名日期 2018 年 02 月 01 日 15 时 00 分

您以下的签名后表示:

- ① 您已经阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医师对以上提出的情况已向您做了充分的解释;
- ③ 您已经得到了有关手术/操作的相关信息;
- ④ 您并未得到手术百分之百成功的许诺;
- ⑤ 您授权并同意医师为您施行上述手术。

患者签名

签名日期 年 月 日 时 分

如果患者无法或授权他人签署知情同意书, 请其授权人签名。

患者授权人签名

签名日期 2018 年 02 月 01 日 15 时 00 分

与患者关系 (配偶 子女 父母 其他近亲属 朋友 其他)

联系电话:



7.5告诉您手术中可能出现的意外和风险性:

- 麻醉意外: 难以控制的大出血:
- 药物过敏: 导致死亡或无法挽回的脑死亡:
- 术中呼吸心跳骤停: 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案:
- 不可避免的邻近器官、血管、神经等损伤, 将导致患者残疾或带来功能障碍:
- 除上述情况外, 本次手术中还可能发生下列情况:

1. 术中中转开胸可能致肋骨骨折或肋骨切除; 2. 因术前支气管镜未能明确具体出血部位, 中叶切除术后不排除咳血症状仍存在; 3. 术中根据情况可能需使用闭合器等自费材料; 4. 其它不可预料并发症。

7.6告诉您手术后可能出现的意外和并发症:

- 术后出血 局部或全身感染
- 切口裂开 脏器功能衰竭 (如弥漫性血管内凝血)
- 心脑血管意外 静脉血栓形成
- 水电解质平衡紊乱 术后气道阻塞
- 呼吸、心跳骤停 诱发原有疾病恶化
- 再次手术 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符

除上述情况外, 本次手术后还可能发生下列情况:

1. 血气胸、脓胸; 2. 肺部感染、肺不张、呼衰; 3. 心律失常、心功能不全; 4. 支气管胸膜瘘; 5. 切口感染、切口裂开; 6. 其它不可预料并发症。

7.7针对上述情况医师将采取的防范措施:

基于术中及术后可能出现的各种并发症, 根据现代医疗规范, 我们会采取下列措施来最大限度进行防范, 使治疗过程顺利完成, 具体如下:

① 术前: a. 认真评估患者, 制定合适的手术方案供患者选择; b. 完善各项必须的术前检查; c. 根据基础疾病进行针对性治疗。

② 术中: a. 严格按手术规范操作, 动作轻柔, 仔细; b. 严密监测生命体征变化, 及时处理术中出现的各种情况。

③ 术后: 仔细观察术后情况, 采取针对性治疗。

④ 必要时请相关科室或外院会诊协助治疗。

⑤ 其他:

声明: 医师已经向我解释上述内容, 我已经充分理解。

患者或授权人签

签名日期 2018 年 02月 01 日 15 时 00 分



浙江省立同德医院

TONGDE HOSPITAL OF
ZHEJIANG PROVINCE

手术知情同意书

1. 此份知情同意书是关于您接受手术的知情同意。目的是告诉您目前的诊断，建议您进行手术的相关事项，请您仔细阅读，并可提出本次手术中的任何疑问，充分理解内容后决定是否同意进行手术，若有任何的疑虑请于签名前再与医师讨论，医师会为您解答。

2. 任何手术都有可能达不到预期的效果；出现并发症、损伤甚至死亡。因此医师不能对手术的结果做出任何保证。

3. 任何手术均存在较高的诊疗风险，医师会为您解释常见的风险，仍有部分无法预计或罕见的风险没有列出，请您充分了解后自行决定同意或拒绝手术，也可以选择替代方案。

4. 除发生危及您生命的紧急情况外，在没有您的知情同意并签名确认前，医师不能对您施行手术。在手术前的任何时间，您都有权询问医师或接受或拒绝本次手术。

5. 您的主诊医师是 何忠良，经管医师是 何雪明，责任护士是 胡宁宁。

6. 您目前的诊断是：1. 中叶综合征 2. 支气管扩张伴咯血 3. 乳腺纤维瘤微创术后

拟施行的手术/操作名称：胸腔镜下右中肺叶切除术

7. 医师会为您解释：

7.1 您的主刀医师是 何忠良，手术助手是 何雪明、伍勇，手术小组成员包括主刀医师及助手、麻醉师和手术护士，必要时邀请专科医生、病理、放射医师术中会诊。

7.2 建议手术的原因：

患者有持续性咳血，胸部CT增强提示右中肺综合征，纤维支气管镜检查未见异常，有外科探查切除指征。

7.3 通过手术的预期效果：

切除病灶

7.4 拒绝手术可能会产生的后果：

持续性咯血，反复感染



声明：医师已告知病情及手术风险，我已经充分理解。

患者或授权人

签名日期 2018 年 02 月 01 日 15 时 00 分