

特殊检查/治疗同意书



姓名 性别 男 年龄 54 病区 二病区 床号 +30 住院号

 男, 54, 二病区, +30, 。

患者因病于2019-10-24 08:42, 入住我院感染二科。根据患方所陈述的病情、存在的症状及有关检查, 目前拟诊断为 1. 原发性肝癌 2. 乙肝肝硬化 3. 肝囊肿。由于病情需要, 为了进一步治疗, 经治医师建议于 2019年10月26日 进行 氩氦刀冷冻消融术治疗。该治疗是一种对人体有创伤性、高风险及高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素, 由于已知和无法预见的原因, 本治疗有可能会发生失败、并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下, 该治疗前后及治疗时仍有可能存在如下医疗风险: 有些不常见的风险可能没有在此列出, 一旦发生任何风险和意外, 医务人员会采取积极应对措施。

术中或术后可能出现的并发症、手术风险及应对措施:

1. 麻醉并发症, 严重者可致休克, 危及生命;
2. 穿刺部位出血或血肿形成, 腹/胸腔内大出血, 腹, /胸膜炎;
3. 术中出现心脑血管意外, 如出现迷走神经反射, 导致低血压、心跳减慢甚至心跳骤停等;
4. 术后出现疼痛或者是顽固性肋间神经痛, 可能发生皮肤烧伤, 严重者可能需要植皮;
5. 穿刺和手术失败、肿瘤不能完全坏死、过度消融、误消融正常组织、肿瘤复发转移, 针道种植转移, 病灶出血导致肿瘤广泛播散等;
6. 病灶毗邻脏器的灼伤, 甚至穿孔, 如: 穿破胸膜, 发生血气胸, 胸腔感染, 咯血窒息, 严重可导致呼吸衰竭; 胆囊穿孔导致胆汁性腹膜炎; 胆管损伤导致梗阻性黄疸; 胃、肠道损伤甚至穿孔导致腹膜炎; 误穿大血管导致大出血休克等等, 出现以上情况可能需要手术治疗, 甚至有生命危险;
7. 术后出现发热、疼痛、恶心、呕吐等反应;
8. 术后出现感染、局部脓肿形成、菌血症甚或脓毒败血症发生;
9. 术后出现肝肾功能衰竭, 黄疸、腹水, 低蛋白血症, 血红蛋白尿, 无尿等;
10. 其它可能发生的无法预料或不能防范的并发症。
11. 根据患者的病情, 患者可能出现的特殊并发症或风险有: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
12. 如果患者有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或高龄或有吸烟史。以上风险可能会加大, 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。

【患者知情选择】

医生已向我告知患者的病情、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, 并解答了我关于此次操作的相关问题。

我理解任何手术麻醉都存在风险, 任何药物都可能产生副作用。

我同意医生在手术中可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解患者的手术需要多位医生共同进行。

镇江市第三人民医院 特殊检查/治疗同意书

姓名 性别 男 年龄 54 病区 二病区 床号 +30 住院号

我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、医疗废物处理和医学研究等，我知晓如果用于医学研究，我的个人信息会得到严格保密。

我 自愿选择 (自愿选择) 该手术方案，并有充分的思想准备愿意承担可能面临的风险。 患者签名: 签名日期 2019 年 12 月 26 日

我 (自主决定拒绝) 该手术方案，并愿意承担因不施行手术而发生的一切后果。 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: 日期: 年 月 日

医院经治医师签字: 医师: 张凯

2019 年 12 月 26 日

产品名称: 手术器 型号: Z-33 生产批号: 2019062701
使用期限: 2019年07月10日至2020年07月09日
20190627010330011

产品名称: 手术器 型号: Z-33 生产批号: 2019062701
使用期限: 2019年07月10日至2020年07月09日
20190627010330002

产品名称: 手术器 型号: Z-33 生产批号: 2019062701
使用期限: 2019年07月10日至2020年07月09日
20190627010330012

