

# 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 58岁 科室: 19病区消化内科 床号: 01 住院号: [REDACTED]

## 疾病介绍和病情建议

医生已告知我患有呕吐待查, 需要在全麻麻醉下进行双(单)气囊小肠镜检查。

手术目的: ☒ ①进一步明确诊断 ☐ ②切除病灶 ☐ ③缓解症状 ☐ ④其他

预期效果: ☒ ①疾病诊断进一步明确 ☐ ②疾病进展获得  
☐ ③症状 ☐ ④其他

## 手术潜在风险和对策:

医生告知我如下手术可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术式根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生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生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策: 1) 麻醉并发症, 严重者可致休克, 危及生命; 2) 术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命; 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式; 4) 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合, 瘘管及窦道形成; 5) 脂肪、羊水栓塞: 严重者可致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命; 6) 呼吸并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等; 7) 心脏病并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停; 8) 尿路感染及肾衰; 9) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫; 10) 精神并发症: 手术后精神病及特别的其他精神问题; 11) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞; 12) 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血); 13) 水电解质平衡紊乱; 14) 诱发原有疾病恶化; 15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符; 16) 再次手术; 17) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术; 18) 病灶切除不全, 或肿瘤残体存留; 19) 术中损伤神经、血管及邻近器官, 如 \_\_\_\_\_;
4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 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。
5. 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。
6. 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者(受托人/监护人)特别注意的其他事项, 如 \_\_\_\_\_。

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. 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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我关于此次操作的相关问题。
2. 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
3. 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
5. 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、细胞学检查和医疗废物处理等。
6. 对于“非医方责任”导致的手术医疗意外风险及后果, 根据国家相关法律法规, 由患者自行承担或通过第三方医疗意外保险来分担。

患者(受托人/监护人)签名: [REDACTED] 果患者无法签署知情同意书, 请其受托人/监护人签名)

签名日期: 2020年09月15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: [REDACTED] 名日期: 2020年09月15日

注: 本联 [REDACTED] 者保存, 一份病历留存。



苏州大学附属第一医院  
特殊检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 58岁 科室: 19病区消化内科 床号: 01 住院: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

根据患方所陈述的病情、存在的症状及相关检查,目前拟诊断为呕吐待查。由于病情需要,为了进一步明确诊断,经治医师建议于2020年09月09日进行胃镜检查。

潜在风险和对策:

该检查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,本检查有可能会发生失败、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,该检查方案前后及治疗时仍有可能发生如下的医疗风险:

- (1) 出血
- (2) 穿孔
- (3) 感染
- (4) 心脑血管意外
- (5) 其他
- (6) ☒
- (7) ☒

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险,但由于现有医疗水平所限,仍有可能出现不能预见,不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

患者知情选择

1. 我已充分了解了该检查方法的性质、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弊端;

2. 对其中的疑问,我已得到 [REDACTED] 经自主选择同意已拟定的方案。

患者(受托人/监护人)签名: [REDACTED] (患者无法签署知情同意书,请其受托人/监护人签名)

签名日期 2020年09月09日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的检查方式、此次检查及操作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 [REDACTED] 相关问题。

医生签名: [REDACTED] 2020年09月09日



# 苏州大学附属第一医院

## 特殊检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 58岁 科室: 19病区消化内科 床号: 01 住院: [REDACTED]

### 疾病介绍和治疗建议

根据患方所陈述的病情、存在的症状及相关检查,目前拟诊断为呕吐待查。由于病情需要,为了进一步明确诊断,经治医师建议于2020年09月16日进行小肠镜检查。

### 潜在风险和对策:

该检查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,本检查有可能会发生失败、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,该检查方案前后及治疗时仍有可能发生如下的医疗风险:

- (1) 操作失败
- (2) 穿孔
- (3) 出血
- (4) 消化道粘膜损伤
- (5) 术后腹痛腹胀
- (6) 术后胰腺炎
- (7) 术后迟发性出血

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险,但由于现有医疗水平所限,仍有可能出现不能预见,不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

### 患者知情选择

1. 我已充分了解了该检查方法的性质、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弊端;

2. 对其中的疑问,我已得[REDACTED]自主选择同意已拟定的方案。

患者(受托人/监护人): [REDACTED] 若患者无法签署知情同意书,请其受托人/监护人签名)

签名日期 2020年09月15日 [REDACTED]

### 医生陈述

我已经告知患者将要进行的检查方式、此次检查及操作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检查的相关问题。

医生签名: [REDACTED] 签名日期 2020年09月15日



# 手术知情同意书

姓名: [ ] 性别: 男 年龄: 58岁 科室: 7病区普外科 床号: 46 住院号: [ ]

## 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有乙状结肠恶性肿瘤, 需要在全麻麻醉下进行腹腔镜下乙状结肠癌根治切除术。

手术目的: ☒①进一步明确诊断 ☒②切除病灶癌变 ☐③缓解症状 ☐④其他

预期效果: ☒①疾病诊断进一步明确 ☒②疾病进展获得部分控制  
☒③症状部分缓解 ☐④其他

## 手术潜在风险和对策:

医生告知我如下手术可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术式根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生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生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策: 1) 麻醉并发症, 严重者可致休克, 危及生命; 2) 术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命; 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式; 4) 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合, 瘘管及窦道形成; 5) 脂肪、羊水栓塞: 严重者可致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命; 6) 呼吸并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等; 7) 心脏病并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停; 8) 尿路感染及肾衰; 9) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫; 10) 精神并发症: 手术后精神病及特别的其他精神问题; 11) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞; 12) 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血); 13) 水电解质平衡紊乱; 14) 诱发原有疾病恶化; 15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符; 16) 再次手术; 17) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术; 18) 病灶切除不全, 或肿瘤残体存留; 19) 术中损伤神经、血管及邻近器官, 如、根据术中探查情况目前决定腹腔镜手术方式, 目的解除梗阻、切除病变的肠管, 包括切除坏死的肠断, 切除肠道肿瘤、炎性狭窄段等; 再建肠道通畅性, 包括行肠切除吻合、短路手术、近端肠管造瘘术等; 手术预后主要和肠梗阻的类型、患者的一般状况、手术是否及时等因素相关; 5、术中损伤神经、血管及邻近器官; 6、伤口积液、感染、裂开、延迟愈合或不愈合, 瘘管及窦道形成, 切口疝; 7、术中、术后伤口渗血、出血; 8、手术不能切净病灶, 或肿瘤残体存留, 术后复发; 9、术后手术部位出血, 可能需要行二次手术; 10、术后腹膜炎, 腹腔脓肿; 11、吻合口瘘, 粪瘘等需再次手术可能; 12、肠粘连, 肠梗阻; 13、水电解质平衡紊乱; 14、术后胃肠道出血, 应激性溃疡; 15、术中大出血, 导致失血性休克; 16、如果卧床时间较长可能导致肺部感染, 泌尿系统感染, 褥疮, 深静脉血栓及肺栓塞、脑栓塞等; 17、其他目前无法预计的风险和并发症。;

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 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。5. 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。6. 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者(受托人/监护人)特别注意的其他事项, 如。

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. 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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我关于此次操作的相关问题。2. 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。3. 我理解我的操作需要多位医生共同进行。4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。5. 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、细胞学检查和医疗废物处理等。6. 对于“非医方责任”导致的手术医疗意外风险及后果, 根据国家相关法律法规, 由患者自行承担或通过第三方医疗意外保险来分担。

患者(受托人/监护人) [ ] (如果患者无法签署知情同意书, 请其受托人/监护人签名)

签名日期 2020年09月21日



苏州大学附属第一医院  
术前医患沟通记录

姓名	性别：男	年龄：58岁	科室：7病区普外科	床号：46	住院
身份证号	人/监护人）：				
按照国家卫生行政管理法律法规的要求，为了充分尊重和维护患者知情同意权，进行密切的医患间的互信关系，实现医患配合，争取较好的治疗效果，医护人员现就患者的病情、诊断、治疗方案及相关风险等情况与患者进行沟通（特殊情况下，患者丧失或暂时缺乏沟通能力，或避免对其情绪及心理造成不利影响，可只与受托人/监护人沟通）。					
记录类型	术前沟通记录		记录时间	2020年09月21日	
<p>医生已告知我患有乙状结肠恶性肿瘤，依据我个人的情况及各种检查检验结果，医生对我的病情进行充分评估。依据病情评估结果，医生提供以下治疗方案供选择：</p> <p>1、拟选方案：手术治疗</p> <p>2、备选方案：保守治疗</p> <p>3、另选其他医院</p> <p>医生已告知我各种治疗方案的利弊及风险，经慎重考虑，选择第1种治疗方案。</p> <p>在治疗过程中，根据所选择的的手术方案，可能需要使用相关的耗材或医用植入物，某些耗材或医用植入物有进口和国产之分，患者个人需承担的费用有差别，另外可能存在性能上的差异。</p> <p>本沟通记录经医患双方签字后生效。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、选择及同意权的权利，将受我国有关法律的保护。本沟通一式两份，医患双方各执一份。</p>					
患者（受			签名日期	2020年09月21日	
医生签名			日期	2020年09月21日	

# 苏州大学附属第一医院

## 特殊检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 58岁 科室: 19病区消化内科 床号: 01 住院号: [REDACTED]

疾病介绍及治疗建议

根据患方所陈述的病情、存在的症状及相关检查,目前拟诊断为呕吐待查。由于病情需要,为了进一步明确诊断,经治医师建议于2020年09月16日进行结肠镜检查。

### 潜在风险和对策:

该检查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,本检查有可能会发生失败、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,该检查方案前后及治疗时仍有可能发生如下的医疗风险:

- (1) 出血
- (2) 穿孔
- (3) 感染
- (4) 操作不成功
- (5) 心脑血管意外
- (6) 其他
- (7)   /

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险,但由于现有医疗水平所限,仍有可能出现不能预见,不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

### 患者知情选择

1. 我已充分了解了该检查方法的性质、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弊端;

2. 对其中的疑问,我已得到了 [REDACTED] 解答。经自主选择同意已拟定的方案。

患者(受托人/监护人)签名 [REDACTED] (如果患者无法签署知情同意书,请其受托人/监护人签名)

签名日期 2020年09月16日

### 医生陈述

我已经告知患者将要进行的检查方式、此次检查及操作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检查的相关问题。

医生签名 [REDACTED] 日期 2020年09月16日



# 苏州大学附属第一医院 特殊治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 58岁	科室: 7病区普外科	床号: 07	住院号: [REDACTED]
----------------	-------	---------	------------	--------	-----------------

疾病介绍: [REDACTED] 议

根据患方所陈述的病情、存在的症状及相关检查, 目前拟诊断为乙状结肠恶性肿瘤。由于病情需要, 为了进一步治疗, 经治医师建议于2020年10月09日采取鼻空肠营养管植入。

**潜在风险和对策:**

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, 该治疗方案前后及治疗时仍有可能发生如下的医疗风险:

(1) 1. 造影剂过敏。2. 疼痛, 感染、发热。3. 胃内容物返流、误吸, 窒息。4. 咽部擦伤, 吞咽功能受损。5. 迷走神经受刺激致心跳、呼吸、血压骤停。6. 置放失败。7. 若患者存在消化道瘘可能, 置管过程中有加重瘘等。8. 消化道破裂, 出血, 失血性休克等。9. 营养管移位脱出。10. 置管失败。

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_

(5) \_\_\_\_\_

(6) \_\_\_\_\_

(7) \_\_\_\_\_

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险, 但由于现有医疗水平所限, 仍有可能出现不能预见, 不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

**患者知情选择**

1. 我已充分了解了该治疗方法的性质、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弊端;

2. 对其中的疑问, 我已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的方案。

患者(受托人/监护人)签名: [REDACTED] (如果患者无法签署知情同意书, 请其受托人/监护人签名)

签名日期: 2020年10月09日

**医生陈述**

我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及操作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治疗的相关问题。

医生签名: [REDACTED] 签名日期: 2020年10月09日

注: 本同意书一式两份, 一份由患者保存, 一份病历留存。



# 苏州大学附属第一医院 手术中冰冻切片检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 58岁 科室: 7病区普外科 床号: 46 住院号: [REDACTED]

## 检查介绍和建议:

医生已告知我患乙状结肠恶性肿瘤需要在手术中进行冰冻检查,以决定下一步治疗的方案。

手术中冰冻切片检查是临床医师在实施手术过程中,就与手术方案有关的疾病诊断问题请求病理医师快速进行的紧急会诊,要求病理医师在短时间内,根据对切除标本的巨检和组织块快速冰冻切片观察后,向手术医师提供参考性病理学诊断意见。

限于医学技术的发展水平,目前冰冻切片的诊断准确率有限。

## 手术中冰冻检查潜在风险和对策:

- 1、我理解冰冻切片诊断仅为手术医师提供参考性意见,它具有局限性,其准确率一般在95%左右。
- 2、我理解一些病变单靠冰冻切片难以鉴别良恶性,为防止对患者造成不必要的损伤,病理医师遇到不典型或可疑恶性时会在冰冻报告中提示等待常规石蜡诊断。
- 3、我理解冰冻报告不能作为最后诊断,最后诊断必须等待石蜡切片。
- 4、我理解冰冻报告与常规石蜡切片报告可能不一致,此时以石蜡切片诊断报告为准。手术方案有可能因此发生改变。
- 5、我在权衡风险与危害后,愿意“接受”,或“拒绝”冰冻检查,或等待准确性更高的“常规石蜡切片诊断”。

## 患者知情选择

1. 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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我关于此次操作的相关问题。
2. 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
3. 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
5. 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、细胞学检查和医疗废物处理等

患者(受托人/监护人)签名 [REDACTED] (如果患者无法签署知情同意书,请其受托人/监护人签名)

签名日期 2020年09月21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 [REDACTED]

签名日期 2020年09月21日



## 术前医患沟通记录

姓名	性别: 男	年龄: 58岁	科室: 19病区消化内科	床号: 01	住院号
----	-------	---------	--------------	--------	-----

尊敬的患者（受托人/监护人）：

按照国家卫生行政管理法律法规的要求，为了充分尊重和维护患者知情同意权，进行密切的医患间的互信关系，实现医患配合，争取较好的治疗效果，医护人员现就患者的病情、诊断、治疗方案及相关风险等情况与患者进行沟通（特殊情况下，患者丧失或暂时缺乏沟通能力，或避免对其情绪及心理造成不利影响，可只与受托人/监护人沟通）。

记录类型	术前沟通记录	记录时间	2020年09月15日
------	--------	------	-------------

医生已告知我患有呕吐待查，依据我个人的情况及各种检查检验结果，医生对我的病情进行充分评估。依据病情评估结果，医生提供以下治疗方案供选择：

1、拟选方案：

小肠镜

2、备选方案：

腹腔镜

3、另选其他医院

医生已告知我各种治疗方案的利弊及风险，经慎重考虑，选择第1种治疗方案。

在治疗过程中，根据所选择的的手术方案，可能需要使用相关的耗材或医用植入物，某些耗材或医用植入物有进口和国产之分，患者个人需承担的费用有差别，另外可能存在性能上的差异。

本沟通记录经医患双方签字后生效。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、选择及同意权的权利，将受我国有关法律的保护。本沟通一式两份，医患双方各执一份。

患者（受托人）

医生签

签名日期 2020年09月15日

日期 2020年09月15日