

手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 51岁 科室: 普通外科三区 住院号: [REDACTED]

一、医师告知事项

(一) 术前诊断

肝硬化 脾大 门静脉高压 食管胃底静脉曲张伴破裂出血 脾功能亢进

(二) 拟行医疗方案

腹腔镜脾切除术+贲门周围血管离断术

(三) 替代医疗方案

根据患者病情, 目前我院主要有如下治疗方法和手术方式:

- 1、保守治疗
- 2、门体分流术
- 3、开腹脾切除+贲门周围血管离断术
- 4、腹腔镜脾切除+贲门周围血管离断术
- 5、肝移植

(四) 拟行医疗方案的目的

提高血象, 改善止血功能, 预防及治疗消化道出血

(五) 拒绝手术可能发生的后果

血象三系进一步下降, 再次消化道出血

(六) 患者自身存在高危因素

☒ 高龄 ☒ 高血压 ☒ 糖尿病 ☒ 冠心病 ☒ 其他:

(七) 术中或术后可能出现的并发症、手术风险

- ☒ 1. 麻醉并发症(另见麻醉知情同意书);
- ☒ 2. 术中、术后大出血, 严重者可致休克;
- ☒ 3. 术中因解剖位置及关系变异变更术式;
- ☒ 4. 术中可能会损伤神经、血管及邻近器官危及生命安全;
- ☒ 5. 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;
- ☒ 6. 脂肪、羊水栓塞: 严重者可导致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命安全;
- ☒ 7. 呼吸系统并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
- ☒ 8. 循环系统并发症: 心律失常、心肌梗塞、心力衰竭、心跳骤停;
- ☒ 9. 尿路感染及肾衰;
- ☒ 10. 脑并发症: 脑血管意外、癫痫;
- ☒ 11. 精神并发症: 手术后精神病及其他精神问题;
- ☒ 12. 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞;
- ☒ 13. 多脏器功能衰竭, 弥漫性血管内凝血(DIC);
- ☒ 14. 水电解质平衡紊乱;
- ☒ 15. 诱发原有疾病恶化;
- ☒ 16. 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;
- ☒ 17. 再次手术;

其他: 1、腹腔镜相关并发症; 2、术中因暴露困难、大出血造成腹腔镜手术困难需开腹手术; 3、术后再出血需二次手术; 4、术后血象改善不明显; 5、术后再发消化道出血; 6、术后血小板增高引起血栓栓塞性疾病(脑梗塞、心肌梗塞、肺栓塞等); 7、术后免疫功能低下引起凶险性感染; 8、术后肝功能不全。

住院ID: [REDACTED]





手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别:男 年龄:51岁 科室:普通外科三区 住院号: [REDACTED]

(八) 医师声明

我们将以高度的责任心,认真执行手术操作规程,做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施,一旦发生手术意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异,意外风险不能做到绝对避免,且不能确保救治完全成功,可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,恳请理解。

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款,我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

经治医师签字: [REDACTED]

签字时间: 2016年 7月 8日 时 分

术者签字: [REDACTED]

签字时间: 2016年 7月 8日 时 分

二、患者及委托代理人意见

医师向我解释过我的病情及所接受的手术,并已就 (请填第 () 到 () 项) 医疗风险向我进行了详细说明。我了解手术可能出现的风险、效果及预后等情况,并知道手术是创伤性治疗手段,由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响,术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况;医师向我解释过其他治疗方式及其风险,我知道我有权拒绝或放弃此手术,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询,并得到了满意的答复。

我, [REDACTED] (填同意) 接受该手术方案并愿意承担手术风险。

患者或被委托人签名: [REDACTED]

时间: 2016年 7月 8日 时 分

家属签名: [REDACTED]

与患者关系: 父子

时间: 2016年 7月 8日 时 分

我, [REDACTED] (填不同意) 接受该手术方案,并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。

患者或被委托人签名: [REDACTED]

时间: 年 月 日 时 分

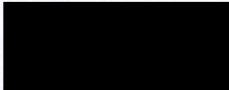
家属签名: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED]

时间: 年 月 日 时 分

备注: 由于医疗技术水平发展的局限和个体差异,存在医务人员难以预知的风险,故诊疗过程中实际出现的风险不限于上述说明内容

患者知情同意书

我  [用正楷书写全名] 同意/不同意我的医学标本和临床资料用于关于 HEV 发病机制和预后的研究，并将研究结果发表在学术期刊上。

我确认我：

☒ 已看到关于我的照片、图像、文字或其他材料。

☒ 已阅读了这篇文章

☒ 在法律上有权予以同意。


我明白以下内容：

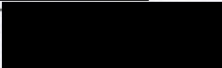
(1) 所有资料将以匿名形式发表，除了授权同意的可识别资料以外（例如视频/摄影资料），杂志会竭力确保无法从临床信息中识别出我。但是，我也了解有极低的可能性可以从临床信息中识别出我。


(2) 如果是以开放获取方式发表的出版物或产品，我了解这些出版物或产品可以在全世界范围内自由获取。

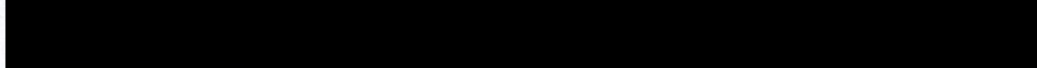
(3) 我不会从相关研究和文章发表中获得任何经济利益。

(4) 我可以在出版之前随时撤销我的同意，但是一旦文章已经准备好出版（“已付印”），则不可能撤销同意。

患者签名： 

正楷书写姓名： 

联系地址： 

联系电话： 

医务人员签名： 庄文行

日期： 2019.3.18