



脾脏手术知情同意书

住院号: []

姓名: []

性别: []

年龄: []

科室: 肝胆外科病房

病区: []

床号: []

一、病情及手术/操作/特殊治疗

医生已向我解释如下病情(诊断及病情描述):

脾梗死、脾静脉血栓、门静脉血栓、脾扭转、腹腔感染

肠粘连, 肠梗阻:

- 11) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫;
- 12) 呼吸并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等;
- 13) 心脏并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停;
- 14) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞或其他部位栓塞;
- 15) 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血);
- 16) 水电解质平衡紊乱;
- 17) 诱发原有疾病恶化;
- 18) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术;
- 19) 术后肠系膜血栓形成;
- 20) 脾切除术后脾热;
- 21) 残脾感染、梗死;
- 22) 术后副脾残留, 导致治疗失败;
- 23) 术后胃肠道出血, 应激性溃疡, 严重者死亡;
- 24) 术中大出血, 导致失血性休克, 严重者死亡;
- 25) 二氧化碳气腹造成的并发症: 气体栓塞、皮下气肿、术后右侧肩背部疼痛等;
- 26) 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;
- 27) 其它目前无法预计的风险和并发症。

医生已经告知我需要采用如下手术方法(手术名称及有关说明):

- 1、剖腹探查
- 2、脾切除术
- 3、门静脉切开取栓术
- 4、各肠系膜血管溶栓管置入术
- 5、各胆囊切除术

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、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. 我理解术后如果不遵医嘱, 可能影响手术效果。一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

二、手术/操作/特殊治疗风险

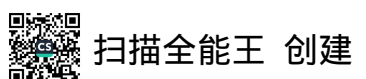
我理解上述手术/操作/特殊治疗存在(但不限于)如下风险/并发症之可能性:

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, 包括轻度的恶心、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:
 - 1) 麻醉并发症, 严重者可致休克, 危及生命;
 - 2) 术中因解剖位置及关系变异变更术式;
 - 3) 术中损伤神经、血管及邻近器官, 如: 胃肠道、胰脏等, 致胃瘫、肠瘫、胰瘫等;
 - 4) 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;
 - 5) 术中、术后伤口渗血、出血;
 - 6) 术前诊断不明, 或不排除恶性肿瘤可能, 具体术式视术中情况而定, 可能要改变手术方式, 扩大手术范围;
 - 7) 术后手术部位出血, 可能需要行二次手术;
 - 8) 术后腹膜炎, 腹腔脓肿;
 - 9) 脾缺如导致免疫力低下, 容易感染疾病;
 - 10)

特殊交代风险:

- 1、术后门静脉血栓再次形成, 甚至加重, 导致急性胆功能不全;
- 2、术后肠系膜上静脉血栓形成导致肠道淤血甚至菌群异位肠管坏死;
- 3、术后抗凝治疗诱发腹腔出血甚至需要再次手术治疗;
- 4、术后远期门静脉血栓持续存在, 导致门静脉高压需要进一步外科治疗。

14




北京大学国际医院
 Peking University International Hospital
脾脏手术知情同意书

姓名: [redacted]
 科室: [redacted]

性别: [redacted]
 病区: 8 [redacted]

住院号: [redacted]
 年龄: [redacted]
 床号: [redacted]

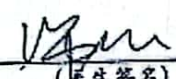
脾脏解剖位置异常, 导致术中损伤周围脏器可能。

并将依据相关法律法规签署同意书


三、相关替代治疗方案
 医生已充分解释如下相关替代治疗方案:
 保守治疗

医生已充分解释选择相关替代治疗方案存在如下风险:
 脾脏坏死 腹腔感染 甚至感染性休克

四、医生声明
 我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:
 ● 目前病情发展程度及治疗的必要性
 ● 所需治疗及其风险
 ● 相关替代治疗方案及其风险
 ● 上述风险发生后的可能后果
 我已给予患者本人/近亲属/代理人充分解释
 ● 询问上述情况的相关问题且其解答满意
 我认为患者本人/近亲属/代理人充分理解了相关情况


 (医生签名)
 2019.5.14
 (签字日期)

五、患者本人/近亲属/代理人声明
 我确认以下内容:
 ● 医生已向我解释手术治疗相关内容。
 ● 我已了解手术治疗相关风险及并发症, 以及这些风险/并发症带来的后果。
 ● 我同意授权手术治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
 ● 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。
 ● 我已了解术中取器官或标本将由院方处理。
 ● 医生已解释替代治疗方案及其风险。
 ● 医生已解释患者预后及不进行该手术治疗所面临的风险。
 ● 我了解医生无法保证该手术治疗可以缓解患者病情。
 ● 医生已向我充分解释患者病情及该手术治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险。
 ● 我了解术中可能留取影像资料, 资料可能用于教学(影像资料将被处理, 无法从中识别患者)。
 ● 我已就患者病情、手术治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题, 医生已回答相关问题, 我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所述手术治疗, 请签字


 (请中横线上方抄写: 同意)
 (患者本人/近亲属/代理人签名)
 2019.5.14
 (签字日期)