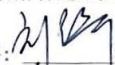
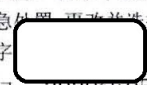


深圳市人民医院手术知情同意书

尊敬的患者：
您好！

根据您目前的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名: 性别: 年龄: 科 室: 床号: 病案号:
医师告知	【术前诊断】 <u>脾大伴脾亢</u>。 【拟手术指征及禁忌症】 患者脾功能亢进，血细胞降低，有介入治疗指征，无相关手术禁忌症。 【替代医疗方案】（不同的治疗方案及手术方式介绍） 根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式： 1、介入经皮部分脾动脉栓塞术 优点：疗效确切，微创。缺点：术后恢复时间较长，可能需要重复治疗。 2、内科保守治疗 优点：无创；缺点：延误病情，治疗效果不佳。 3、外科手术 优点：有机会根治；缺点：创伤、风险大，手术适应证要求高。 【建议拟行手术名称】 <u>部分性脾动脉栓塞术</u> 【手术目的】 <u>栓塞部分脾动脉，产生脾部分梗死，控制脾亢症状。</u> 【手术部位】 <u>右股动脉穿刺，栓塞脾动脉分支</u> 【拟行手术日期】 <u>2020-05-13</u> 【拒绝手术可能发生的后果】 <u>脾亢继续进展，血小板降低，门静脉压增高引起相关并发症。</u> 【患者自身存在高危因素】（1）☐ 无高危因素、（2）☐ 高血压病，☐ 糖尿病，☐ 心脏病，☐ 年老体弱，☒ 肿瘤性疾病，☐ 免疫性疾病，☐ 其他：<u> </u>。 【高值医用耗材】术中可能使用的高值医用耗材微导管，弹簧圈、明胶海绵、微球等耗材 ☐ 自费 ☒ 部分自费 ☒ 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书） 【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】1、造影剂、局麻药过敏反应，过敏性休克甚至生命危险。 2、穿刺部位出血、血肿或动静脉瘘形成。 3、心律失常，心、脑血管意外。 4、导管、导丝断裂所致体内医源性异物。 5、动脉损伤、破裂导致大出血，或动脉内膜粥样硬化斑块脱落，引起脊髓、心、脑、下肢等重要器官栓塞、缺血坏死。 6、术后出现反复或持续发热、甚至高热、腹痛、腹胀，恶心、呕吐，肠郁张、便秘等反应。 7、术后出现胸、腹腔积液，肺部感染、腹膜炎、菌血症甚或脓毒症败血症。 8、脾脏感染、脾及脾周脓肿、腹膜炎、脾破裂等，危及生命或需外科手术处理。 9、异位栓塞导致重要脏器缺血、坏死，包括胰腺、空腔脏器、下肢、脊髓、心、肺、脑等。 10、治疗效果不明显，脾亢、门脉高压及血细胞计数下降不能有效改善或复发。 11、费用高（需要PVA颗粒、微导管、弹簧圈等）。 12、手术应激反应及术后频繁呕吐诱发消化道溃疡、静脉曲张破裂出血、肝昏迷等。 13、术后肝功能损伤，肝功能衰竭，腹水、黄疸加重、威胁生命。 14、胰腺损伤，导致急性坏死出血性胰腺炎，危及生命。 15、其他不可预测的并发症。

	16、患者接触射线，射线对人体有害。 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。 【术后主要注意事项】卧床制动6小时；观察腹部症状和体温等。 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。 主管医师签字：  签字时间：2020年05月13日 08时 30分 签字地点：介入科 术者签字：  签字时间：2020年05月13日 08时 30分 签字地点：介入科
患者 及委托代理人意见	我及委托代理人确认： 医师向我解释过我的病情及所接受的手术，并已就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。 我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明。 我同意（填同意）接受该手术方案并愿意承担手术风险。 并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。 患者签字：  委托代理人签字： _____ 签字时间： 2020年05月13日 签字地点： 介入科病房 我{同意或不同意}（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。 患者签字： _____ 委托代理人签字： _____ 签字时间： ____年__月__日__时__分 签字地点： 介入科病房
备注	如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。
特殊情况说明	

备注：术前未能预料、未告知的情况，如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等，应再次履行告知并在“特殊情况说明处”填写，并在告知后由医师、患者或代理人在手写内容处签字确认（注明签字时间、地点）。

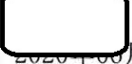
深圳市人民医院手术知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名: 性别: 年龄: 科 室: 床号: 病案号:
医师告知	【术前诊断】 <u>脾大,脾功能亢进</u> 【拟手术指征及禁忌症】 <u>脾大,脾功能亢进,有介入治疗指征,无相关手术禁忌症</u> 【替代医疗方案】 (不同的治疗方案及手术方式介绍) 根据您的病情,目前我院主要有如下治疗方法和手术方式: 1、经皮脾脏微波消融术 2、外科手术治疗 3、介入栓塞治疗 4、内科保守治疗 【建议拟行手术名称】 <u>CT引导下经皮脾脏微波消融术</u> 【手术目的】 <u>部分毁损脾脏组织,减少脾脏对白细胞和血小板的破坏;减少脾脏回肝血流,降低门静脉压力。</u> 【手术部位】 <u>脾脏</u> 【拟行手术日期】 <u>2020-06-11</u> 【拒绝手术可能发生的后果】 <u>脾亢及门静脉高压进展。</u> 【患者自身存在高危因素】 (1) ☐ 无高危因素、(2) ☐ 高血压病, ☐ 糖尿病, ☐ 心脏病, ☐ 年老体弱, ☒ 肿瘤性疾病, ☐ 免疫性疾病, ☐ 其他: <u> </u>。 【高值医用耗材】 术中可能使用的高值医用耗材 <u>微波针等耗材</u> ☐ 自费 ☒ 部分自费 ☒ 超过千元 (详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书) 【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】 1、药物过敏反应,过敏性休克甚至生命意外,突发心律失常、心脑血管意外。 2、穿刺部位出血或血肿形成,皮肤烧伤。 3、术中出现迷走神经反射,出现低血压、心跳减慢甚至停止。 4、出现血气胸,损伤周围脏器 (如大血管、输尿管、膈肌、胃肠道等器官) 可能需要急诊手术甚至危及生命。 5、感染、局部脓肿形成、菌血症或脓毒败血症发生。 6、术后出现发热、疼痛、恶心呕吐等反应,呕吐可能导致窒息。 7、肝肾功能异常,甚至出现肝、肾功能衰竭。 8、凝血功能障碍,术后出血或者脾静脉、门静脉内血栓形成。 9、消融面积不够,术后脾亢缓解不明显。 10、其他少见或者不可预测情况发生。 11、患者接触射线,射线对人体有害。 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。 【术后主要注意事项】密切观察病情变化,及时处理。 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。 主管医师签字:  签字时间: 2020年06月11日 08时 00分 签字地点: 介入科 术者签字:  签字时间: 2020年06月11日 08时 00分 签字地点: 介入科
患者 及委托代理人意见	我及委托代理人确认: 医师向我解释过我的病情及所接受的手术,并已就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。 我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容,我做以下声明。 我同意(填同意)接受该手术方案并愿意承担手术风险。 并授权医师: 在术中或术后发生紧急情况下,为保障本人的生命安全,医师有权按照医学常规予以紧急处置,更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。 患者签字:  委托代理人签字: _____ 签字时间: 2020年06月11日 签字地点: 介入科病房 我(同意或不同意)(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。 患者签字: _____ 委托代理人签字: _____ 签字时间: ____年__月__日__时__分 签字地点: 介入科病房
备注	如果患者或委托代理人拒绝签字,请医生在此栏中说明。
特殊情况说明	

备注: 术前未能预料、未告知的情况,如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等,应再次履行告知并在“特殊情况说明处”填写,并在告知后由医师、患者或代理人在手写内容处签字确认(注明签字时间、地点)。

深圳市人民医院手术知情同意书

尊敬的患者：
您好！

根据您目前的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名: 性别: 年龄: 科 室: 床 号: 病案号:
医师告知	【术前诊断】 <u>肝恶性肿瘤</u>。 【拟手术指征及禁忌症】 患者肝恶性肿瘤，为进一步控制及杀死肿瘤，有介入治疗指征，无相关手术禁忌症。 【替代医疗方案】（不同的治疗方案及手术方式介绍） 根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式： 1、经皮肝肿瘤微波消融术 2、保守治疗 3、外科手术治疗 4、介入化疗栓塞治疗 5、肝移植 【建议拟行手术名称】 CT引导下肝肿瘤微波消融术 【手术目的】 完全或者部分灭活肿瘤。 【手术部位】 <u>肝</u> 【拟行手术日期】 <u>2020-09-22</u> 【拒绝手术可能发生的后果】 延误病情，肿瘤进展，肿瘤破裂出血死亡等。 【患者自身存在高危因素】 (1) ☐ 无高危因素、(2) ☐ 高血压病，☐ 糖尿病，☐ 心脏病，☐ 年老体弱，☒ 肿瘤性疾病，☐ 免疫性疾病，☐ 其他：_____。 【高值医用耗材】 术中可能使用的高值医用耗材微波针等耗材 ☐ 自费 ☒ 部分自费 ☒ 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书） 【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】 1、药物过敏反应，过敏性休克甚至生命意外，突发心律失常、心脑血管意外。 2、穿刺部位出血或血肿形成，皮肤烧伤及针道种植转移。 3、消融不彻底，穿刺不成功、手术失败，或者术后肿瘤复发、转移。 4、术后出现发热、疼痛、恶心呕吐等反应，呕吐可能导致窒息。 5、感染、局部脓肿形成、菌血症甚或脓毒败血症发生。 6、出现血气胸、支气管-胆道漏，损伤周围脏器（如大血管、输尿管、膈肌、胃肠道、胆囊等器官）可能需要急诊手术甚至危及生命。 7、术中出现迷走神经反射，出现低血压、心跳减慢甚至停止。 8、肝肾功能异常，甚至出现肝、肾功能衰竭，肝昏迷，胆道损伤导致黄疸、胆道感染甚至感完全坏死。 9、凝血功能障碍，术后出血，出现医源性异物存留（如微波针断裂等）。 10、其他少见或者不可预测情况发生。 11、患者接触射线，射线对人体有害。 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。 【术后主要注意事项】密切观察病情变化,及时处理。 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。 主管医师签字: <u> </u> 签字时间: 2020年9月22日08时<u> </u>分 签字地点: 介入科 术者签字: <u> </u> 签字时间: 2020年9月22日08时<u> </u>分 签字地点: 介入科
患者 及委托代理人意见	我及委托代理人确认: 医师向我解释过我的病情及所接受的手术,并已就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。 我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容,我做以下声明。 我同意(填同意)接受该手术方案并愿意承担手术风险。 并授权医师: 在术中或术后发生紧急情况下,为保障本人的生命安全,医师有权按照医学常规予以紧急处置,更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。 患者签字: <u> </u> 委托代理人签字: <u> </u> 签字时间: 2020年09月22日 签字地点: <u> </u> 我{同意或不同意}(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。 患者签字: <u> </u> 委托代理人签字: <u> </u> 签字时间: <u> </u>年<u> </u>月<u> </u>日<u> </u>时<u> </u>分 签字地点: 介入科病房
备注	如果患者或委托代理人拒绝签字,请医生在此栏中说明。
特殊情况说明	

备注: 术前未能预料、未告知的情况,如手术方案更改、切除器官、腔镜手术改开刀手术等,应再次履行告知并在“特殊情况说明处”填写,并在告知后由医师、患者或代理人在手写内容处签字确认(注明签字时间、地点)。