砂拉越中央医院 Dec 2014

输卵管结扎同意书

姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 登记号码 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

病历号码:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**手术名称：**

输卵管结扎或闭塞手术

迷你剖腹结扎/ 腹腔镜结扎

1. **专业医疗人员声明**

我已经向病人详细解释手术的内容, 包括：

1. 手术带来的好处：
* 输卵管結扎手术是给予那些在未来不想怀孕的女性永久性的避孕方法。
1. 手术可能出现的风险（少于1%的机率）
* 附近器宫受损，例如：肠道，膀胱，输尿管
* 入住加护病房
* 出血
* 需要进一步手术，包括修复受损器官
* 血栓栓塞症
1. 手术可能经常发生的风险：
* 刀口感染以及瘀伤
1. 腹腔镜结扎手术附加风险：
* 肩尖疼痛
* 附近器宫受损，例如：肠道，膀胱，输尿管。受损之症状有可能在手术数日后方才出现 （少于1%机率的风险）
* 子宫受损或贯穿（少于1%机率的风险）
* 转换去剖腹手术
1. 手术中一些必要的额外紧急的步骤， 例如：
* 输血
* 修复肠道，膀胱，输尿管或主要的血管

我也已经向您解释以下的要点:

* 每两百人中，有一人会经历手术失败，尤其是与剖腹生产一同进行的手术或是在生产后六个星期内完成的输卵管结扎手术
* 虽然手术后再孕机率很低，但是如果您再孕 ，子宫外孕的机率将增高。
* 其他避孕的方法，包括长效可逆避孕方法(LARC)

若您体重超标， 曾有腹部手术或患有其他内科疾病， 以上所提及的手术风险也将因此而增高。

所有的手术都具有死亡率的风险，但却是极少发生的。 （少于1人在12，000的手术中）

签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 时间:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身份:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **翻译者声明** （如有需要）

我已经尽我本能充份翻译以上所有的内容给病人，我相信她已了解我所说的一切。

签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 时间:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C. 病人的声明**

请仔细阅读， 包括前部分说明手术的好处及可能出现的风险。如有任何问题，请您向我们询问，我们将帮助您。就算您签了这份同意书， 您仍有权利在任何时刻更改您的决定。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 我已充分了解前部分的声明， 包括这手术的好处与风险并且同意进行这项手术。
 | 是 [ ]  | 不是 [ ]  |
| 1. 我已充分了解您无法给我保证谁将会是我的开刀医生，但是所有开刀的医生都备有足够的经验。
 | 是 [ ]  | 不是 [ ]  |
| 1. 我已充分了解我有机会与麻醉师商讨麻醉的内容， 但在紧急情况下这将被除外。
 | 是 [ ]  | 不是 [ ]  |
| 1. 我已充分了解，除了以上所提及的手术，任何进一步的其它步骤只将被采取来拯救我的性命或预防对我健康带来的伤害。
 | 是 [ ]  | 不是 [ ]  |
| 1. 我已被告知，在我的治疗过程中有可能附加的额外步骤。
 | 是 [ ]  | 不是 [ ]  |
| 1. 我已收到关于这份手术的病人资料书。
 | 是 [ ]  | 不是 [ ]  |
| 7. 我已写下在任何没有通知我的情况下，不可进行的程序。 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 是 [ ]  | 不是 [ ]  |

签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 时间:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**D. 见证人**

见证病人的签名的见证人，需在以下签名。 见证人最好是病人的丈夫，除非他不在签名的现场。

签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 时间:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

与病人之间的关系:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身份:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E. 同意书的证实**

此部分是针对入院的病患者先行签下的同意书。 我仅代表这位病人的治疗团队，我已与病人确定她对此项手术并无其它的问题及同意进行这项手术。

签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 时间:\_\_\_\_\_\_\_\_\_