



# 知情同意书

第 1 页 / 共 3 页

## 肿瘤穿刺活检术特殊检查说明知情同意书

尊敬的患者：

您好！根据您目前的病情，建议您进行本项特殊检查，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，“特殊检查”是指较一般检查方法难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查。因此，医师特向您详细说明：检查项目、检查目的、医疗风险（包括检查中或检查后可能出现的并发症等）、替代检查方案及相应措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名：[REDACTED] 性别：男 年龄：51 岁 出生日期：1960-10-18 科室：普通外科中心一病区 病房或病区：[REDACTED] 病案号：[REDACTED] 身份证号码：[REDACTED]
	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） 乙肝病史 10 年余，发现肝占位 20 天。
医师说明	【过敏史】 否认过敏史
	【检查前诊断】 原发性肝癌 肝炎肝硬化 代偿期 乙型
	【替代检查方案】（目前的主要不同检查方式介绍） 1、开放式活检； 2、腔镜下活检。 其他：穿刺活检。
	【拟行检查适应证】 <input checked="" type="checkbox"/> 疑有占位性病变性质不明者； <input type="checkbox"/> 需了解病情变化及判断预后者； <input checked="" type="checkbox"/> 其它 制定治疗方案。
	【建议拟行检查名称】 肿瘤穿刺活检术
	【检查目的】 进行组织学检查或细胞学检查，用于疾病的诊断。
	【患者自身存在危险因素】 无
【拒绝检查可能发生的后果】 1、无法明确诊断，无法治疗； 2、无法判断疾病的变化及预后。 其他：	
（以上内容由告知医师填写）	



## 知情同意书

肿瘤穿刺活检术

第2页 / 共3页

患者姓名: 病案号:

医  
师  
说  
明

以下内容由检查/治疗医师填写:

【局部麻醉方式及风险】局麻。

【拟行特殊检查禁忌证】无。

【检查风险, 包括检查中或检查后可能出现的并发症等】

- ☒1、局部血肿形成。出血, 严重至失血性休克, 死亡;  
☒2、局部感染, 肝内感染, 腹腔内感染或败血症;  
☒3、穿刺损伤局部神经;  
☒4、一过性低血压、胆汁性腹膜炎;  
☒5、药品过敏;  
☒6、穿刺点疼痛;  
☒7、操作未成功; 未能穿及并获取足够的肝脏组织;  
☒8、肿瘤针道种植转移;  
☒9、术后诊断仍不能明确;  
☒10、穿刺管折断、遗留、堵塞等;  
☒11、气胸、张力性气胸、血胸、血气胸、咳血;  
☒12、治疗过程中巧合、诱发或加重出现, (如: 心肌梗塞、脑梗塞、脑出血、上消化道出血等) 危及生命。

其他:

【检查后主要注意事项】平卧6小时, 监测生命体征。

患者在我院的临床数据可能用于临床科学研究。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异, 不排除检查风险及医疗意外风险等因素, 存在检查前和检查后不可预见的特殊情况, 恳请理解。

我已向患者/受托人解释过此说明同意书的全部条款, 我认为患者/受托人已知并充分理解了上述信息。

检查医师签名: 签名时间: 2011年10月1日16时5分 签名地点: 西内

患者签名:

受托人签名: 与患者的关系:

签名时间: 年 月 日 时 分

签名地点:



## 知情同意书

肿瘤穿刺活检术

第3页 / 共3页

患者姓名: [REDACTED]

患者/受托人确认:

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查, 并已就医疗风险和并发症  
1-12条 (请患者本人/受托人书写第几条到第几条全部内容) 向我进行了充分说明。我理解特殊检查可能出现的风险、效果及预后等情况, 并知道特殊检查是创伤性检查手段, 由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响, 检查前、检查中、检查后可能发生不可预见的医疗意外风险, 不能确保救治完全成功, 甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查方式及其风险, 我知道我有权选择其他检查方式, 也可以拒绝或放弃此项检查, 也知道由此带来的不良后果及风险, 我已就患者的病情、检查及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询, 并得到了全面的答复。

(请患者/受托人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解”字样)

我已认真倾听和阅读并完全理解

医师对我

解释的以上全部内容, 特做以下声明:

我 同意 (填写“同意”) 接受医师建议的检查方案并愿意承担上述特殊检查风险。

并授权医师: 在检查中或检查后发生紧急情况下, 为保障患者的生命安全, 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检查方案实施必要的抢救。

患者签名: [REDACTED]

受托人签名: [Signature] 与患者关系: [Signature] 联系电话: [Signature]

受托人身份证号码: [Signature]

签名时间: 2011 年 10 月 4 日 10 时 25 分 签名地点: 佑安

我 / (填写“不同意”) 接受医师建议的检查方案, 并且愿意承担因拒绝施行检查导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

医师签名: / 签名时间: / 年 / 月 / 日 / 时 / 分

患者签名: /

受托人签名: / 与患者关系: / 联系电话: /

受托人身份证号码: /

签名时间: / 年 / 月 / 日 / 时 / 分 签名地点: /

患者/受托人拒绝签名的理由:

备注

记录人: /

见证人: /

见证人身份证号码: /

时间: / 年 / 月 / 日 / 时 / 分

地点: /

如果患者/受托人拒绝签名, 请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

一式两联 (上页医院留存, 下页患者留存)