

## 浙江大学医学院附属邵逸夫医院 骨髓穿刺、活检知情同意书

- 1 您的主诊医生是: 杜华平 您的经管医生是: 张辉
- 2 这是一份有关骨髓穿刺、活检的告知书。目的是告诉您有关骨髓穿刺活检相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次骨髓穿刺、活检有关的任何疑问, 决定是否同意进行骨髓穿刺、活检。
- 3 由于已知或未知的原因, 任何操作都有可能: 不能达到预期结果; 出现并发症、损伤等。您有权知道骨髓穿刺、活检的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。因此, 医生不能对骨穿是否成功作出任何保证。在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前, 医生不能对您施行骨髓穿刺、活检。在骨髓穿刺、活检操作前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本次治疗。
- 4 拟施行的骨穿部位: 髂前上棘
- 5 医生会用您通俗易懂的语言给您解释:
- 5.1 骨髓穿刺、活检的性质、目的, 预期费用:  
主要用于: 明确诊断, 评估病情  
无
- 5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:
- 1) 局部疼痛, 血肿;  
2) 感染;  
3) 出血;  
4) 穿刺失败需多次穿刺或因疾病本身需多次多部位穿刺;  
5) 损伤神经、血管;  
6) 刺穿胸骨、纵隔、心包, 引起心包压塞, 心包积液, 心功能衰竭等;  
7) 其它 无
- 5.3 针对上述情况将采取的防范措施:  
基于骨穿操作过程中可能出现的各种并发症, 我们将根据现代医疗规范, 采取及时、有效、科学的防范措施, 最大限度地保护病人安全, 使诊疗过程顺利完成。  
1) 局部包扎压迫;  
2) 术后1天内避免穿刺部位接触不洁物质等。  
无
- 5.4 可供选择的其它检查方法: 不骨穿
- 6 担任您本次骨穿操作的医生: 杜华平 助手: 蒋馨
- 7 您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织进行必要的医学处置。
- 8 您签字后表明您同意学习者在手术/操作过程中进行观摩, 也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。
- 9 为了确保您对上述内容的准确理解, 在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前, 医生将会给您

解释上述内容。如果您还有其它疑问，希望您及时告诉医生。

您以下的签名表示：

- ①您已阅读并理解、同意前面所述的内容；
- ②您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释；
- ③您已经得到了有关手术的相关信息；
- ④您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。



患者签字：

日期： 2018-7-12 14:57:45

☒ 患者本人 ☐ 患者家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

医生签字： 谢芳芳

签字时间： 2018-7-12 14:52:33



浙江大学医学院附属邵逸夫医院  
骨髓穿刺、活检知情同意书  
CON 015

病历号  
患者姓名  
床位号

