

中国人民解放军第一〇一医院

## 对比剂增强检查知情同意书

姓名:                      性别: ☐男/ ☒女 年龄: 36 岁  
科室: 神经外科 床号:                      ID号:                       
联系地址:                      联系电话:                       
临床诊断: 颅内感染

碘过敏病史: ☐无 ☐有 既往史: ☐甲亢 ☐哮喘 ☐糖尿病  
☐血糖              mmol/L

申请项目: ☐X线造影 ☐CT增强扫描 ☒MRI增强 ☐其他

我们采用非离子型对比剂做增强扫描,一般均较安全可靠,药物反应较少;但也有少数患者,由于特异性体质可能会发生较严重的过敏反应,故在行造影前需办理“同意给药”的签字手续,请患者及亲属予以协助。

在行X线造影、CT增强、MRI增强扫描检查过程中可能会出现以下不适或(和)不同程度的过敏反应:

1. 一次性胸闷、恶心、全身发热、皮疹等。
2. 由于静脉注射对比剂是电脑控制压力注射器或人工推注进行,部分病人的血管硬化,脆弱或某些病人血管细、滑以及对对比剂的高渗和化学作用等因素引起局部渗漏,可造成皮下组织肿胀,疼痛,麻木甚至坏死,溃烂等。
3. 其他

如果出现以上情况,请立即向医护人员报告,我院医生将尽力抢救病人,经积极治疗,大部分病人的症状可缓解或消失,极少数病人出现喉头水肿,抽搐,休克等严重过敏反应,甚至危及生命。

上述意外和并发症一旦发生,我们将会尽全力抢救,请患者及家属理解。

本人及家属(或监护人)已经详细听取和阅读以上告知内容,对医务人员的解释已清楚明白并理解,经慎重考虑,我本人及家属(或监护人):

☒同意 接受本次检查

☐不同意 接受本次检查

家属与患者关系:                     

患者或家属签名:                     

医生或护士签名: 印附

2017年5月3日15时 分

(注:此同意书在经治技师完善手续后,随申请单交保管存档备查。)