

经皮穿刺肝脏穿刺知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 住院号: [REDACTED] 科室: 消化内 病房: 8074-1 入院诊断: 肝功能异常
科

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我需要在 局部 麻醉下进行 肝脏穿刺 术。

肝脏穿刺术的目的是:

1. 确定肝病的原因, 对于一些其他方法不能确诊的肝病有一定的确定诊断价值。
2. 确定肝病的严重程度, 包括肝细胞变性坏死的程度和肝纤维化的程度, 有助于确定治疗方案及判定预后。
3. 治疗前后的两次或多次肝穿还有助于了解治疗效果。
4. 有针对性的穿刺某些特殊部位, 如肿瘤、囊肿、血管瘤等, 进行相应诊断或治疗。

潜在风险和对策:

1. 穿刺局部感染、肝内感染、腹腔内感染或败血症;
2. 局麻药过敏, 药物毒性反应;
3. 穿刺部位局部血肿, 皮下气肿, 穿刺损伤局部神经;
4. 心血管症状: 穿刺期间可发生高血压, 脑血管意外, 心律失常, 心包填塞, 心跳呼吸骤停等;
5. 穿刺失败;
6. 渗液、渗血、出血, 严重者发生失血性休克乃至死亡;
7. 穿刺管折断、遗留、堵塞等;
8. 肝脏破裂及肿瘤针道种植转移;
9. 损伤腹腔其他脏器, 严重者需手术治疗;
10. 未能穿及并获取足够的肝脏组织;
11. 术后诊断仍不能明确;
12. 其它可能发生的无法预料或者不能防范的并发症。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者/法定代理人意见:

我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

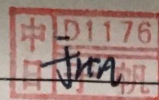
我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者/法定代理人签字 [REDACTED]

告知医师签名



与患者关系 _____

日期 2017 年 9 月 8 日

日期 2017 年 9 月 8 日