

## 超声介入治疗知情同意书

姓名: \_\_\_\_\_

病区: 呼吸内科病房 (2-14)

床号: \_\_\_\_\_

住院号: \_\_\_\_\_

- 1 这是一份有关超声介入操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的超声介入操作相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次超声介入操作有关的任何疑问, 决定是否同意进行超声介入操作。
- 2 由于已知或未知的原因, 任何超声介入操作都有可能: 不能达到预期结果; 出现并发症、损伤甚至死亡等。因此, 您有权知道超声介入操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前, 医生不能对您施行超声介入操作。在超声介入操作实施前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本次治疗。
- 3 您的主诊医生 王悦虹 您的经管医生是: 徐旋里  
术前诊断: 肺癌术后  
拟施行的治疗方案: B超引导下淋巴结穿刺
- 4 医生会用您通俗易懂的语言给您解释:
  - 4.1 超声介入操作的性质、目的、预期的效果及大致费用:

### 4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

由于已知或无法预见的原因, 超声介入操作可能出现下列情况:

- 1) 穿刺部位出血: 腹腔出血, 胆道出血, 消化道出血, 严重时需外科手术甚或危及生命等;
- 2) 感染: 胆道感染、肝脓肿、胰腺炎、腹膜炎、败血症、腹壁脓肿及窦道形成等;
- 3) 肝损伤或肝功能异常, 严重可致肝功能衰竭等;
- 4) 胆道损伤: 胆漏或胆囊穿孔, 肠管、膀胱损伤, 消化道破裂、穿孔, 气胸、血气胸等;
- 5) 活检时为使穿刺组织有代表性, 需多针穿刺; 治疗时由于肿瘤大小部位等多因素影响导致肿瘤残留或复发而需再次治疗;
- 6) 术后有局部疼痛、发热等反应; 留置的导管移位、脱落或堵塞等;
- 7) 癌肿扩散或针道种植, 肿瘤晚期病人病情随时可能发生恶化, 出现多系统器官功能衰竭;
- 8) 某些医学上目前难以解释的严重并发症或并发心血管意外等;
- 9) 手术未成功, 因解剖变异、病人情况不宜继续手术致手术终止等。
- 10) 其他

### 4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于超声介入操作过程中可能出现的许多难以预料的因素、并发症或风险, 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, 使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: 完善相关检查, 如出凝血时间、肝肾功能等, 并针对性使用药物进行治疗;

# 超声介入治疗知情同意书

姓名

病区：呼吸内科病房(2-14)

床号

住院号

2) 术中：

a) 精确定位：在B超（或CT）导向下精确定位，尽量避开周边器官、大血管、神经或胆道。

b) 仔细操作，动作轻柔、准确。

3) 术后：根据需要进行密切心电监护，并针对性使用止血药物等。

4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。

5) 其他

4.4 可供选择的其它治疗方法：

4.5 您选择的检查/治疗方法：

5 担任您本次操作的医生： 助手：

6 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。

7 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，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。

8 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 您已经得到了有关超声介入治疗的相关信息；

④ 您授权并同意医生为您施行上述超声介入治疗。

谈话医生

日期 2020 年 4 月 10 日 17 时 30 分

签

名

日期 2020 年 4 月 10 日 17 时 30 分

(☒ 患者本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)

## 超声支气管镜检查知情同意书

姓名: \_\_\_\_\_

病区: 呼吸内科病房(2-14)

床号: \_\_\_\_\_

住院号: \_\_\_\_\_

1. 这是一份有关超声支气管镜检查的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的超声支气管镜检查相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次超声支气管镜检查有关的任何疑问, 决定是否同意进行超声支气管镜检查。

2. 由于已知或未知的原因, 超声支气管镜检查有可能: 不能达到预期结果; 出现并发症、损伤甚至死亡等。因此, 您有权知道超声支气管镜检查的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前, 医生不能对您施行超声支气管镜检查。在超声支气管镜检查实施前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本次治疗。

3. 你的主诊医生是: 徐旋里 目前的诊断: 肺癌 拟施行的检查: 超声支气管镜检查

4. 医生会给您解释:

4.1 超声支气管镜检查的性质、目的、预期的效果及大致费用:

明确肿块的病理性质及病理诊断, 为进一步制定治疗方案提供依据。

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

1) 诱发心跳骤停、脑血管意外和呼吸骤停等。

2) 咽喉部损伤、咽喉炎、喉痉挛、皮下气肿、梨状窝穿孔等。

3) 严重麻醉药物过敏等意外。

4) 拔镜困难和下颌关节脱臼、腮腺肿胀等其它并发症或意外。

5) 诱发咳嗽、气道痉挛、低氧血症、窒息等。

6) 诱发大咯血、甚至出血性休克、窒息等。

7) 诱发气胸、血胸、纵隔气肿、纵隔出血等, 甚至需要急诊手术。

8) 大血管损伤、气道损伤等。

9) 肺部感染、纵隔感染、脓胸, 甚至败血症等。

10) 因疾病本身及其它未能预见的原因检查终止。

11) 穿刺失败。

12) 结果为假阴性。

13) 其它。

4.3 针对上述情况将采取的防范措施

基于超声支气管镜检查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。

4.4 可供选择的其它检查/手术方法: \_\_\_\_\_

5. 担任您本次检查的医生: 徐旋里 助手: \_\_\_\_\_

6. 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。的相关组织进行必要的医学处置。

7. 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩, 也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作

## 超声支气管镜检查知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 呼吸内科病房(2-14)

床号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

为医疗和教学之用。

8. 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。如果您还有任何其它疑问, 希望您及时告诉您的医生。

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 医生对以上问题已经向您作了充分的解释;
- ③ 您已经得到了有关治疗的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述治疗。

谈话医生 [REDACTED] 日期 2020 年 4 月 10 日 16 时 15 分

签 名 [REDACTED] 日期 2020 年 4 月 10 日 16 时 15 分  
(☒ 患者 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)



## 冠状动脉造影/冠脉介入治疗知情同意书

姓名: \_\_\_\_\_

病区: 呼吸内科病房(2-14)

床号: \_\_\_\_\_

住院号: \_\_\_\_\_

1 这是一份有关冠状动脉造影/冠脉介入治疗的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的冠状动脉造影/冠脉介入治疗相关事宜。请您仔细阅读,提出与本次冠状动脉造影/冠脉介入治疗有关的任何疑问,决定是否同意进行冠状动脉造影/冠脉介入治疗。

2 由于已知或未知的原因,冠状动脉造影/冠脉介入治疗有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤甚至死亡等。因此,您有权知道冠状动脉造影/冠脉介入治疗的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前,医生不能对您施行冠状动脉造影/冠脉介入治疗。在冠状动脉造影/冠脉介入治疗实施前的任何时间,您都有权接受或拒绝本次检查、治疗。

3 您的主治医生是: 王悦虹, 您的经管医生是: 徐旋里

目前的诊断: 肺癌

您拟施行的检查: 冠状动脉造影/冠脉介入治疗

4 医生会给您解释:

4.1 冠状动脉造影/冠脉介入治疗的性质、目的、预期的效果:

手术简介:

冠状动脉造影是将特制的、有一定硬度且不透X线的导管,经周围动脉送至冠状动脉开口,推注造影剂,使心脏血管显影。介入治疗是在冠状动脉造影基础上,对需要干预的血管进行球囊扩张、支架置入,以缓解严重狭窄或完全闭塞病变,改善心绞痛症状或预后。

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

冠状动脉造影/冠脉介入治疗可能出现下列情况:

- a 麻醉意外,包括呼吸抑制、过敏反应等,甚至休克
- b 麻醉及造影剂并发症:造影剂过敏者轻度皮疹、恶心,严重者可致过敏性休克,危及生命;造影剂引起肾损害(造影剂肾病甚至肾功能衰竭需要长期透析治疗)
- c 感染(包括局部及全身)
- d 冠脉痉挛、穿孔、夹层、血栓、气栓引起的急性心肌缺血或心肌梗死甚至猝死
- e 术中、术后可能出现穿刺部位出血及血肿形成,主动脉夹层、动静脉瘘、假性动脉瘤、腹膜后血肿,大出血需输血治疗,必要时需外科手术等
- f 急性心衰、休克
- g 急性、亚急性、晚期、极晚期支架内血栓形成;支架扩张不全、支架贴壁不良,支架断裂,血管再狭窄及心绞痛复发等;冠脉扩张术或支架植入中及植入后出现支架脱落或栓塞、断裂
- h 心脏血管穿孔、血管破裂夹层及心包填塞,需心包穿刺或急诊外科手术
- i 严重心律失常(有室速、室颤、心室停搏、III度房室传导阻滞),需要安装临时或永久性起搏器及紧急电除颤等治疗
- j 导管/导丝等介入器械断裂、打结、栓塞;介入器械的断裂需外科取出
- k 导管推送过程中可引起相关动脉痉挛损伤、闭塞甚至无脉症;导管推送过程中动脉粥样硬化斑块引起全身动脉栓塞(包括脑栓塞、蓝趾综合征以及肠系膜动脉栓塞等)
- l 术中损伤神经、邻近器官及相应的血管;术中造成血胸,气胸,血气胸
- m 下肢静脉血栓形成、肺栓塞
- n 手术中,手术后出现冠脉慢血流,无血流,急性心肌缺血,甚至心肌梗死

# 冠状动脉造影/冠脉介入治疗知情同意书

姓名: 病区: 呼吸内科病房(2-14) 床号: 住院号:

- o 手术中, 手术后出现严重的心功能不全、呼吸功能不全, 需气管插管抢救
- p 手术中因心动过缓需植入临时起搏器治疗, 或心肌梗死, 低血压需主动脉内球囊反搏 (IABP 治疗), IABP 可能出现主动脉夹层、败血症、脏器缺血、脑血管意外等
- q 动脉鞘拔除过程中出现大出血, 迷走反应致低血压、心律失常等严重反应
- r 桡动脉路径介入操作并发症: 桡动脉闭塞、周围神经损伤、骨筋膜室综合征、气胸、血胸、脑栓塞等, 桡动脉内膜撕裂
- s 手术后封堵器伤口渗血、血肿、封堵部位残余瘘、假性动脉瘤或动静脉瘘;
- t 因病情需要紧急外科手术, 或急诊外科搭桥治疗
- u 抗凝/抗栓药物引起严重的内脏出血, 包括脑出血, 消化道出血, 眼底出血等; 调脂药物引起的肝功能损害, 甚至出现横纹肌溶解
- v X射线对人的身体可能产生损伤
- w 手术未成功或手术未达预期效果, 病人情况不适宜继续手术, 手术需要终止
- x 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项, 如

## 4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于冠状动脉造影/冠脉介入治疗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。

## 4.4 可供选择的其它检查/手术方法:

## 4.5 您选择的检查/治疗方法:

## 5 如需植入内置物, 您选择的类型:

## 6 您签字后表明您已授权病理医生对在检查/操作中取下的相关组织进行必要的医学处置。

## 7 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩, 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。

## 8 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 您已经得到了冠状动脉造影/冠脉介入治疗的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述检查/操作。

谈话医生: 日期: 2020 年 4 月 14 日 16 时 25 分

签名: 日期: 2020 年 4 月 14 日 16 时 30 分  
(☐ 患者本人 ☐ 配偶 ☒ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)

### 碘对比剂使用知情同意书

姓名: \_\_\_\_\_

病区: 呼吸内科病房(2-14)

床号: \_\_\_\_\_

住院号: \_\_\_\_\_

1 使用碘对比剂目的: 碘对比剂能增加病变组织与正常组织的密度差别, 从而提高病变的显示率并进一步提高诊断的准确性。

2 签署同意书依据: 目前我院使用的碘对比剂为国家正式批准使用产品, 安全可靠, 但有极少数患者可能会发生不良反应。根据中华医学会放射学分会、中国医师协会放射医师分会《对比剂使用指南》和浙江省卫健委放射质控规定, 使用碘对比剂需签署碘对比剂知情同意书。

3 有关碘对比剂注意事项:

3.1 请告知医生有无既往碘剂不良反应史、过敏史、甲状腺功能亢进、严重肾功能不全、哮喘病史, 以明确是否存在绝对禁忌症和相对禁忌症。

3.2 使用碘对比剂可能出现不同程度的不良反应:

3.2.1 轻度不良反应: 咳嗽、喷嚏、一过性胸闷、结膜炎、鼻炎、恶心、呕吐、全身发热、荨麻疹、瘙痒、血管神经性水肿等。

3.2.2 重度不良反应: 喉头水肿、反射性心动过速、惊厥、震颤、抽搐、意识丧失、休克等, 甚至死亡或其他不可预测的不良反应。

3.2.3 迟发性不良反应: 注射碘对比剂1小时至1周内有可能出现各种迟发性不良反应, 如恶心、呕吐、头痛、骨骼肌肉疼痛、发热等。

3.2.4 注射部位可能出现碘对比剂漏出, 造成皮下组织肿胀、疼痛、麻木感, 甚至溃烂、坏死等。

3.2.5 如使用高压注射器, 存在注射针头脱落、局部血管破裂的潜在危险。

3.2.6 注射部位及全身可能出现其他不能预测的不良反应。

3.2.7 肾功能不全、糖尿病肾病、血容量不足、心力衰竭、使用肾毒性药物、非甾体类药物和血管紧张素转换酶抑制剂类药物、低蛋白血症、低血红蛋白血症、高龄(年龄>70岁)、低钾血症、副球蛋白血症等情况下容易发生对比剂肾病。

4 针对不良反应我们采取的防范及处理措施:

严格把握碘对比剂使用指征; 备好必要的急救药品、物品; 加强病情观察等; 患者水化-静脉用药者口服清水或者生理盐水; 如出现不良反应给予对症治疗; 如出现气道痉挛, 喉头水肿或休克等严重不良反应立刻急救并通知临床医师积极抢救。请您在检查结束后30分钟内不要擅自离开检查点。

本人已阅读、理解并同意以上内容, 同意使用碘对比剂并承担使用带来的风险。同时, 我也理解虽然医院对可能出现的各种情况做了各种防范措施, 但仍可能出现上述不良反应。

谈话医生 王利军 日期 2020 年 4 月 10 日 16 时 25 分

签 名 王利军 日期 2020 年 4 月 10 日 16 时 30 分  
(☐ 患者本人 ☐ 配偶 ☒ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)