

脑血管造影 (DSA) 知情同意书

科室	神经外科病房	姓名		性别	男	年龄	66岁	病历号	
----	--------	----	--	----	---	----	-----	-----	--

疾病介绍和治疗建议
医生已告知我的

血管可能患有动脉瘤、动静脉畸形、狭窄、闭塞或动脉硬化，需
要在 麻醉下进行

脑血管病患者中一部分存在血管畸形、动脉瘤或者其他的血管异常；对于可能需要介入治疗的患
者，血管造影可以评价其血管病变程度指导下步治疗。

因为导管血管造影费用高，需要专门的导管技术，而且具有0.5%~3%的栓塞性卒中的危险。导管血
管造影是颅内动脉瘤和动静脉畸形术前评价的主要方法，尤其是需要考虑导管介入治疗时。

动静脉畸形和瘘管都可以通过导入线圈（柔软的金属螺旋线可导致局部栓塞）使供血血管闭合，而动
静脉畸形的病灶可以用一种快速放置的聚合胶来进行闭合。对于动脉瘤，可以通过导管将线圈（有时候
是气囊）放入动脉瘤来进行治疗。对于无法控制的鼻出血和术后的颈部、副鼻窦和颅底区出血也可以进
行紧急的动脉闭合术。

手术潜在风险和对策

脑血管造影 (DSA) 可能发生的风险：

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚
至危及生命。
3. 我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策：
 - 1) 过敏反应（包括造影剂和麻醉剂），严重者可发生休克，甚至死亡。
 - 2) 严重心律失常，甚至危及生命（如：室上性心动过速、心室颤动、心室停搏等）。
 - 3) 感染（包括局部和全身）。
 - 4) 急性心肌梗死，急性心衰、休克。
 - 5) 颅内出血（包括动脉或静脉大出血），尤其颅内出血病人，造影过程中有再发出血可能，加重
病情，甚至危及生命。
 - 6) 血栓栓塞（由于颈内动脉斑块或心脏内栓子脱落引起脑血管栓塞），血管痉挛，致脑缺血、脑
梗死，加重病情。
 - 7) 导管断裂，打结，不能取出，长期遗留体内。
 - 8) 血管造影未发现病变，可能需要择期再次检查。
 - 9) 手术引起穿刺局部血肿，肢体缺血坏死，腹膜后血肿，可能危及生命。
 - 10) 穿刺不成功、血管发育异常或严重血管迂曲、痉挛等，导管不能到位，造影失败。但所需材料
费用需付。
 - 11) 手术引起动脉夹层、形成假动脉瘤或血管破裂，危及生命。
 - 12) 放射线可能造成损伤。部分材料是付费的。
4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以
上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

济南市中心医院

医生陈述:

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术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患者关于此次手术的相关问题。

手术者签名

主治医师签名

刘 凯 伟

签名日期 2016年07月14日

患者知情选择:

医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术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手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医生以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医生共同进行。我并得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名

如果患者无法签署

请其授权委托人或法定监护人签名

张 舒

与患者关系

夫妻

签名日期 2016年 7月 14日 时 分

脑血管造影 (DSA) 知情同意书

科室	神经外科病房	姓名		性别	男	年龄	66岁	病历号	
----	--------	----	--	----	---	----	-----	-----	--

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我的

血管可能患有动脉瘤、动静脉畸形、狭窄、闭塞或动脉硬化，

要在

麻醉下进行

手术

脑血管病患者中一部分存在血管畸形、动脉瘤或者其他的血管异常；对于可能需要介入治疗的患者，血管造影可以评价其血管病变程度指导下一步治疗。

因为导管血管造影费用高，需要专门的导管技术，而且具有0.5%~3%的栓塞性卒中的危险。导管血管造影是颅内动脉瘤和动静脉畸形术前评价的主要方法，尤其是需要考虑导管介入治疗时。

动静脉畸形和瘘管都可以通过导入线圈（柔软的金属螺线可导致局部栓塞）使供血血管闭合，而动静脉畸形的病灶可以用一种快速放置的聚合胶来进行闭合。对于动脉瘤，可以通过导管将线圈（有时是气囊）放入动脉瘤来进行治疗。对于无法控制的鼻出血和术后的颈部、副鼻窦和颅底区出血也可以进行紧急的动脉闭合术。

手术潜在风险和对策

脑血管造影 (DSA) 可能发生的风险：

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策：

1) 过敏反应（包括造影剂和麻醉剂），严重者可发生休克、甚至死亡。

2) 严重心律失常，甚至危及生命（如：室上性心动过速、心室颤动、心室停搏等）。

3) 感染（包括局部和全身）。

4) 急性心肌梗死，急性心衰、休克。

5) 颅内出血（包括动脉或静脉大出血），尤其颅内出血病人，造影过程中有再发出血可能，加重病情，甚至危及生命。

6) 血栓栓塞（由于颈内动脉斑块或心脏内栓子脱落引起脑血管栓塞），血管痉挛，致脑缺血、脑梗死，加重病情。

7) 导管断裂、打结，不能取出，长期遗留体内。

8) 血管造影未发现病变，可能需要择期再次检查。

9) 手术引起穿刺局部血肿，肢体缺血坏死，腹膜后血肿，可能危及生命。

10) 穿刺不成功、血管发育异常或严重血管迂曲、痉挛等，导管不能到位，造影失败，但所需材料费用需付。

11) 手术引起动脉夹层、形成假动脉瘤或血管破裂，危及生命。

12) 放射线可能造成损伤。部分材料是自费的。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在水中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

且发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

济南市中心医院

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术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患者关于此次手术的相关问题。

手术者签名

刘淑芳 主治医师签名 刘淑芳

签名日期

2016年07月01日

患者知情选择:

医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术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手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处理,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的手术需要多位医生共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

患者签名

如果患者无法签署,请其授权委托人或法定监护人签名

与患者关系

签名日期 2016年 7月 1 日 时 分

脑血管造影 (DSA) 知情同意书

科室	神经外科病房	姓名		性别	男	年龄	66岁	病历号	
----	--------	----	--	----	---	----	-----	-----	--

疾病介绍和治疗建议
 医生已告知我的 脑血管 可能患有动脉瘤、动静脉畸形、狭窄、闭塞或动脉硬化，需要在 全 麻醉下进行 脑血管造影 手术。

脑血管病患者中一部分存在血管畸形、动脉瘤或者其他的血管异常；对于可能需要介入治疗的患者，血管造影可以评价其血管病变程度指导下步治疗。
 因为导管血管造影费用高，需要专门的导管技术，而且具有0.5%~3%的栓塞性卒中的危险。导管血管造影是颅内动脉瘤和动静脉畸形术前评价的主要方法，尤其是需要考虑导管介入治疗时。
 动静脉畸形和瘘管都可以通过导入线圈（柔软的金属螺线可致局部栓塞）使供血血管闭合，而动脉畸形的病灶可以用一种快速放置的聚合胶来进行闭合。对于动脉瘤，可以通过导管将线圈（有时候是气囊）放入动脉瘤来进行治疗。对于无法控制的鼻出血和术后的颈部、副鼻窦和颅底区出血也可以进行紧急的动脉闭塞术。

手术潜在风险和对策

脑血管造影 (DSA) 可能发生的风险：

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
 2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
 3. 我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策：
 - 1) 过敏反应（包括造影剂和麻醉剂），严重者可发生休克、甚至死亡。
 - 2) 严重心律失常，甚至危及生命（如：室上性心动过速、心室颤动、心室停搏等）。
 - 3) 感染（包括局部和全身）。
 - 4) 急性心肌梗死、急性心衰、休克。
 - 5) 颅内出血（包括动脉或静脉大出血），尤其颅内出血病人，造影过程中有再发出血可能，加重病情，甚至危及生命。
 - 6) 血栓栓塞（由于颈内动脉斑块或心脏内栓子脱落引起脑血管栓塞），血管痉挛，致脑缺血、脑梗死，加重病情。
 - 7) 导管断裂、打结，不能取出，长期遗留体内。
 - 8) 血管造影未发现病变，可能需要择期再次检查。
 - 9) 手术引起穿刺局部血肿，肢体缺血坏死，腹膜后血肿，可能危及生命。
 - 10) 穿刺不成功，血管发育异常或严重血管迂曲、痉挛等，导管不能到位，造影失败。但所需材料费用需付。
 - 11) 手术引起动脉夹层、形成假动脉瘤或血管破裂，危及生命。
 - 12) 放射线可能造成损伤。部分材料是付费的。
 4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。
- 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它

济南市中心医院

治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

手术者签名 刘殿法 经治医师签名 刘殿法

签名日期 2016 年 6 月 27 日 时 分

患者知情选择:

医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术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手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。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。我理解我的手术需要多位医生共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

病案专用章

患者签名

如果患者无法签署,请其授权委托人或法定监护人签名 与患者关系 夫妻

签名日期 2016 年 6 月 27 日 时 分