

纤维支气管镜检查治疗知情同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 37岁 床号: +2766 病历号:

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有--1. 支气管扩张伴感染--，需要进行纤维支气管镜检查治疗。

纤维支气管镜检查治疗是诊治肺部疾病最有效的技术之一。其主要适应证为大气道管内或管壁病变、气道异物、气道狭窄，痰液阻塞，急性呼吸窘迫综合症，气道出血等，可恢复气道的通畅，改善患者的症状。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下纤维支气管镜检查治疗可发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

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. 我理解此手术可能出现的风险和医生的对策:

1) 麻醉意外;

2) 术中心脑血管意外，可致死亡;

3) 术中大出血、休克、植物人，甚至死亡;

4) 术中损伤周围组织，重要神经、血管、脏器;

5) 术中根据具体病情改变检查治疗方式;

6) 术中气管插管或气管切开意外脱出; 危及生命;

7) 术后心脑血管意外，可致死亡;

8) 术后出血，可致死亡;

9) 术后多器官功能衰竭(包括急性肾功能衰竭及DIC等);

10) 术中术后呼吸困难，呼吸功能衰竭，需气管插管或气管切开，长期机械通气，呼吸机依赖;

11) 术后心律失常、心功能衰竭、心绞痛、心肌梗死;

12) 术后气胸、血胸、脓胸、乳糜胸，需长期带管或再次手术;

13) 肺炎、肺不张，急性呼吸窘迫综合征;

14) 术后局部皮肤麻木、疼痛、皮肤感觉消失;

15) 急性肺栓塞;





# 台州恩泽医疗中心(集团) 浙江省台州医院

## 纤维支气管镜检查治疗知情同意书

16) 下肢静脉血栓; 17) 脑卒中; 18) 牙齿脱落、出血; 19) 置镜困难, 终止手术; 20) 声带损伤、环杓关节脱位、下颌脱位; 21) 术中严重缺氧、窒息; 22) 术中术后心律失常; 23) 支架损坏、移位, 需再次手术取出或调整; 24) 术后支架刺激性咳嗽, 需手术取出; 25) 术后肉芽组织生长或瘢痕狭窄, 需再次手术处理; 26) 术后仍存在严重的呼吸困难; 27) 其它难以预料的意外(如褥疮、泌尿系感染等);

28) 除上述情况外, 该患者行纤维支气管镜检查治疗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-----

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。5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。6. 因病情需要可能在本次住院期间需进行反复操作。

### 特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险: -----

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

### 患者知情选择

我的医生已经告知我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我关于此次手术的相关问题。

我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。

我授权医师对手术切除的病变器官、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。

患者签名 

签名日期 2020 年 9 月 17 日 0 时 3 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名

与患者关系

签名日期 年 月 日 时 分

### 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。

医生签名 叶灵燕

签名日期 2020 年 9 月 17 日 0 时 15 分

第 2 页

OLYMPUS

Single Use Aspiration Needle



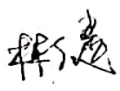
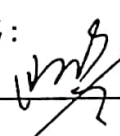
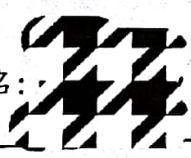
NA-201SX-4022

LOT 04K



扫描全能王 创建

住院病人自备药品使用知情同意书

姓名: 	性别: 女	年龄: 37岁	住院号: 
科室: 呼吸与危重症医学科病区	床号: 2737	诊断: 1. 支气管扩张伴感染	
医生填写	自备药品名称及使用方法(医嘱提取): (自备药)复方磺胺甲噁唑片1.44g 口服 q8h 使用理由: 抗感染  首席医生签名:  叶青 科主任签名:  时间: 2020年9月18日 14时 0分		
	药品购买途径: 恩泽药店 运输药品途中条件: 汽车车厢 药品购入后贮存条件: 室内  该药品本人自行购买带入使用, 使用过程中如果出现药物不良反应后果由本人负责。  患方签名:  时间: 2020年9月18日 16时 20分		
病人或授权人填写			

备注:

- 1、为确保用药安全, 病人住院期间原则上一律使用本院药房根据医嘱发出的药物。
- 2、因病情原因确实需要使用的特殊药物, 本院无库存或采购不到且无同类药品可替代的, 患者自行带入后需经科主任审核同意, 医务部网上审批后决定是否使用, 并填写本申请表。

