



心内电生理检查、经导管射频消融术前知情同意书

姓名: [REDACTED] 病区: 心内科病房(2-13) 床号: 27 住院号: [REDACTED]

1 这是一份有关心内电生理检查、射频消融术的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的心内电生理检查、射频消融术相关事宜。请您仔细阅读,提出与本次心内电生理检查、射频消融术有关的任何疑问,决定是否同意进行心内电生理检查、射频消融术。

2 由于已知或未知的原因,心内电生理检查、射频消融术有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤甚至死亡等。因此,您有权知道心内电生理检查、射频消融术的性质和目的、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,医生不能对您施行心内电生理检查、射频消融术。在心内电生理检查、射频消融术实施前的任何时间,您都有权接受或拒绝本次治疗。

3 您的主诊医生是: 郑良荣, 您的经管医生是: 陈鹏

目前的诊断: 1.晕厥待查(心源性晕厥?TIA?、脑出血?) 2.心律失常 室性心动过速 3.

您拟施行的检查: 心内电生理检查、射频消融术

4 医生会用您通俗易懂的语言给您解释:

4.1 心内电生理检查、射频消融术的性质、目的、预期的效果及大致费用:

手术简介:

心导管检查是根据病人的实际情况将特制的、有一定韧度且不透X线的导管,经周围血管送到心脏和血管的指定部位,根据心导管的走行路线,测定心血管各部分的压力及血氧含量,计算心排血量、分流量及血流阻力,分析压力曲线的波形和数值,了解解剖结构变化,以帮助诊断和鉴别诊断,为治疗提供依据,并判断治疗效果的技术。包括左、右心导管检查术和选择性心血管造影。其检查内容有血流动力学、压力测定、选择性血管造影(心房、心室、肺动脉等)、血氧含量、分流量以及心排血量的测定等。

心脏电生理检查和射频消融治疗是根据病人的实际情况将特制的、有一定韧度且不透X线的电生理导管,经周围血管送到心脏和血管的指定部位,通过电生理检查仪器描记心腔内心电图等相关信息,根据检查结果帮助诊断和鉴别诊断,为进一步射频消融治疗提供依据等。

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

心内电生理检查、射频消融术可能出现下列情况:

- a 麻醉并发症,包括呼吸抑制、过敏反应等,严重时可危及生命
- b 造影剂过敏反应,严重时可能出现休克,甚至危及生命
- c 难以控制的出血,严重可导致休克,及在抢救过程中因输血引起的不良后果
- d 心律失常,严重可出现心室颤动、传导阻滞、心脏骤停,需要电击除颤;或安装永久起搏器,费用自理
- e 术后发生感染
- f 术中发生房颤,需电击复律
- g 电生理检查心动过速未诱发、或诱发出心动过速不适宜作射频消融,已用耗材按照实际消耗情况收取费用
- h 根据病情不同,射频消融手术成功率约80-99%,射频消融手术有一定复发率(约3-5%可能性)
- i 手术中、手术后出现急性心肌缺血、心肌梗死或心功能不全
- j 穿刺部位出现皮下血肿、假性动脉瘤、动静脉瘘、腹膜后血肿,需要在超声指导下重新压迫,甚至需要输血、外科手术处理等



心内电生理检查、经导管射频消融术前知情同意书

姓名: [REDACTED] 病区: 心内科病房(2-13) 床号: 27 住院号: [REDACTED]

- k 动脉栓塞,引起重要脏器功能障碍,如脑梗塞、肺梗塞等
- l 心脏血管发生穿孔、破裂,导致心包填塞,部分病人需要急诊外科手术
- m 穿刺造成血胸、气胸、血气胸等
- n 动脉发生夹层,导致脏器缺血等
- o 动脉鞘拔除过程中出现大出血,迷走反应导致低血压、心律失常等严重反应
- p 手术后下肢静脉血栓形成
- q X射线对人的身体可能产生损伤
- r 手术未成功,病人情况不适宜继续手术,手术需终止进行
- s 某些医学上目前尚难以解释的严重并发症

4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于心内电生理检查、射频消融术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/治疗方法: _____

4.5 您选择的检查/治疗方法: _____

5 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。

6 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。

7 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 您已经得到了有关心内电生理检查、射频消融术的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

谈话医生 陈鹏 日期 2020 年 3 月 19 日 17 时 20 分

签 名 [REDACTED] 日期 2020 年 3 月 19 日 17 时 25 分

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



心脏手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 心内科病房(2-13)

床号: 22

住院号: [REDACTED]

1 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次手术操作有关的任何疑问, 决定是否同意进行手术或操作。

2 由于已知或未知的原因, 任何手术或操作都有可能: 不能达到预期结果; 出现并发症、损伤甚至死亡。您有权知道手术/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。除出现危急生命的紧急情况外, 在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前, 医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本手术/操作。

3 您的主诊医生是: 郑良荣 您的经管医生: _____

4 目前诊断: 1.主动脉瓣换瓣术后 二尖瓣主动脉瓣及三尖瓣关闭不全 左房增大 心功能IV级 2.射频消融

拟施行的手术/操作名称: 二尖瓣置换术

5 医生会给您解释:

5.1 手术/操作目的、预期的效果:

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

a 手术中可能出现的意外和危险性:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 麻醉意外, 药物过敏, 休克等 | <input checked="" type="checkbox"/> 难以控制的大出血 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 术中心跳呼吸骤停 | <input checked="" type="checkbox"/> 导致死亡或无法挽回的脑死亡 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 恶性心律失常, 低心排, 心力衰竭 | <input checked="" type="checkbox"/> 传导系统障碍, 需长期安装起搏器 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 人工心肺机突发故障, 气栓, 血栓等栓塞, 导致病人死亡或重要脏器严重损害 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 插管导致主动脉夹层, 血管损伤, 淋巴瘘, 血管狭窄, 优势灌注致脏器损害等 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 人工瓣膜发生卡瓣, 瓣周漏, SBE等, 换瓣、心脏补片后发生溶血, 严重贫血, 肾衰 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 邻近器官、血管、神经等损伤致膈肌麻痹, 声音嘶哑, 面瘫等脏器功能障碍 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 情况变化导致手术进程中断或更改手术方案, 搭桥手术中探查决定具体搭桥数量及方式, OFF-PUMP手术中途紧急改体外循环下手术、小切口手术中途改常规正中切口, 瓣膜成形不成功改瓣膜置换手术, 成形环费用需自费及其他不可预知情况 | |

☒ 其它: 术中开展自体血回输, 需自费 _____

b 手术后可能出现的意外及并发症:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 术后出血, 心包填塞、切口裂开等需再次手术 | <input checked="" type="checkbox"/> 水电解质平衡紊乱, 呼吸心跳骤停 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 肝肾等多脏器功能衰竭需透析抢救, 术后消化道功能不全、肠梗阻、消化道出血 | <input checked="" type="checkbox"/> 术后继发严重全身感染、感染性休克、肺部感染, 肺不张、肺动脉栓塞, 呼吸衰, 长时间呼吸及支持、死亡、手术伤口感染不愈、胸骨裂开 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 恶性心律失常, 低心排, 心力衰竭 | <input checked="" type="checkbox"/> 术后心脏杂音不能消除甚至增强 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 术后病理报告与术中快速冰冻病理检查结果不符 | <input checked="" type="checkbox"/> 缺损修补处撕裂或已结扎导管再通, 换瓣后瓣周漏, 造成分流 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 脑出血、栓塞, 造成昏迷、运动、语言等障碍或其它脏器损害 | <input checked="" type="checkbox"/> 冠心病术后血管桥不通, 病人仍有心肌缺血或发生心肌梗死, 术后需长期药物治疗或需再次PCI、手术等 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 换瓣术后终生抗凝治疗, 可能出现出血或栓塞并发症, 术后需定期监测PT | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 房颤纠正手术后房颤复发、房扑等, 夹层术后复发或动脉瘤需进一步支架或手术治疗肺动脉高压术后持续加重, 心力衰竭 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 慢性疼痛、麻木、胸部畸形、疤痕增生、多脏器功能障碍或肢体功能障碍 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 其它: _____ | |

由于目前医学科学技术水平的限制, 尚有很多不能解释和解决的意外可能发生

5.3 针对上述情况将采取的防范措施:



心脏手术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 心内科病房(2-13)

床号: 22

住院号: [REDACTED]

基于术中及术后可能出现的各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取下列防范措施来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: 完善各项检查,明确诊断,排除各项手术禁忌,做好各项术前准备
- 2) 术中: 仔细操作,确切缝合,严密止血,密切监护,注意保护正常脏器组织
- 3) 术后: 加强监护,积极对症支持治疗,尽量减少各类并发症发生
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它

5.4 可供选择的其它治疗方法及您的选择: 保守

您选择的治疗方案: 手术

6 如需植入内置物,您同意选择的(如骨科内固定、起搏器等)类型:

- ☐ 机械瓣 ☐ 生物瓣
☐ 三尖瓣成形环 ☐ 二尖瓣成形环 其他

7 您的主刀医生是: 马量, 助手: 手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士,必要时邀请病理及放射医生

8 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行,术中如有紧急或事先没有预料的情况发生,医生将及时与家属取得联系,根据出现的情况,医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

9 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品,他/她将会告诉您有关输血或血液制品的风险、利弊,这包括由于输血或血液制品而感染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此,您有权同意或拒绝接受输注血液或血液制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

10 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、器官进行必要的医学处置。

11 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。

12 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 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;
- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

谈话医生

日期

2020

年

4

月

15

日

14

时

26

分

签

名

日期

2020

年

4

月

15

日

14

时

28

分

☐ 患者本人☐ 配偶☒ 子女☐ 父母☐ 其他近亲属同事☐ 朋友☐ 其他)