

四川大学华西第二医院

经外周置入的中心静脉导管 (PICC) 术知情同意书

姓名: [REDACTED] 科室: 新生儿科 登记号: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]

日期: 2018-02-05 19:00:45

治疗建议

医生/护士已告知因治疗需要, 需要在 [REDACTED] 麻醉下进行经外周置入中心静脉导管 (PICC) 术。

1. PICC的目的:

- (1) 减少对外周静脉的刺激, 保护血管。
- (2) 减少频繁穿刺外周静脉的次数, 减轻患者痛苦。
- (3) 避免化疗药物外渗引起的并发症。
- (4) 中心静脉导管实施化疗和干细胞输注安全有效, 保护外周静脉。
- (5) 为长时间 (超过7天以上) 治疗提供良好的静脉通路。

2. PICC置管术方法: 由PICC置管护士评估患者后, 选择相应的置管方法置入PICC导管。

- ☒ (1) 传统PICC置管术: 费用较低。
- ☐ (2) 非超声引导下改良型PICC置管术: 适合较小血管, 成功率较传统PICC高。
- ☐ (3) 超声引导下改良型PICC置管术: 对血管损伤小, 成功率较前两种高。

3. 可以选择的其他方法:

- (1) 外周静脉留置针: 药物外渗风险高, 长期治疗需多次穿刺, 对血管破坏较大, 后期置管困难。
- (2) 其它:

治疗潜在风险和对策

医生/护士告知我PICC术及留置导管可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的操作方式根据不同患者的情况有所不同, 医生告诉我可与医生/护士讨论有关操作的具体内容, 如果我有特殊的问题可与医生/护士讨论。

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. 我理解此手术存在以下并发症风险和局限性:
 - (1) 少数患者因个体差异, 血管变异, 可能出现穿刺及置管失败、误入动脉, 需再次穿刺及置

四川大学华西第二医院

经外周置入的中心静脉导管 (PICC) 术知情同意书

姓名: [REDACTED] 科室: 新生儿科 登记号: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]

管。

(2) 少数患者可发生导管异位、脱落、脱白、断裂、堵塞、血管栓塞, 个别患者不能耐受置入的导管而在治疗途中拔管等。

(3) 少数患者可发生局部不适、皮疹、出血、血管损伤、感染甚至溃疡。

(4) 少数患者因术中精神紧张而发生心脏血管意外、异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成, 部分患者可发生其他周边组织损伤, 如: 气胸等。

(5) 穿刺部位局部血肿, 皮下气肿。

(6) 液体渗出, 局部组织发生坏死。

(7) 此项治疗费及材料费属儿童自费范畴, 成人医保可部分报销。

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: _____

特殊风险或主要高危因素

我理解根据病情, 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

1. 医生/护士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。我自愿选择经外周置入中心静脉导管 (PICC) 术。
2. 我同意在操作中医生可以根据病情对预定的操作方式做出调整。
3. 我理解操作需要多位医生/护士共同进行。

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管(PICC)术知情同意书

姓名: [redacted] 科室: 新生儿科 登记号: [redacted] 病案号: [redacted]

4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺;
5. 我们对该手术的并发症及风险表示完全理解, 并承担相应的风险和后果, 在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案, 并保证承担全部所需费用。

患者(监护人)签名(手印) [signature] 签名日期 [signature] 年 [signature] 月 [signature] 日

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(手印) [signature] 与患者关系 [signature] 签名日期 [signature] 年 [signature] 月 [signature] 日

医生/护士陈述

我已经告知患者(监护人)将要进行的治疗方式、此次治疗及置管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(监护人)关于此次操作的相关问题。

医生/护士签名 [signature] 签名日期 [signature] 年 [signature] 月 [signature] 日

我已知晓上述全部内容。

患者(监护人)签名 [signature] 签名日期 [signature] 年 [signature] 月 [signature] 日

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 [signature] 与患者关系 [signature] 签名日期 2018 年 2 月 6 日

医务人员签名: [signature] 签名日期 2018 年 2 月 6 日