

福建医科大学附属第一医院

肝脏穿刺术知情同意书

姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 科别 _____ 床号 _____ 住院号 _____

一、疾病诊断与操作方案：

- 1、疾病诊断：
- 2、操作方案：为明确诊断及治疗方案需要施行肝脏穿刺术。

二、医师告知事项：

鉴于目前医学科学技术条件的限制，实施该操作可能出现医疗意外及并发症等风险。现特向患者（患者委托代理人）、患者家属告知如下：

- 1、出现麻醉药物过敏，药物毒性反应，可致过敏性休克。
- 2、穿刺期间可诱发高血压、脑血管意外、心律失常、心跳呼吸骤停等。
- 3、出现穿刺部位局部感染情况发生。
- 4、穿刺部位出现渗液、渗血、出血，可发生失血性休克。
- 5、穿刺困难导致穿刺失败或未能穿及并获取足够的肝脏组织。
- 6、出现肝脏破裂及肿瘤扩散，损伤腹腔其他脏器。
- 7、以上情况严重时可能危及患者生命。
- 8、其他难以预料的医疗损害及并发症发生。

目前，医师已做好相关操作前准备，并就疾病诊断、操作方案及风险、注意事项和相关信息向患者（患者委托代理人）、患者家属做详细说明和解释。

操作医师签名：_____ 签署日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

三、患者（患者委托代理人）、患者家属声明：

患者（患者委托代理人）、患者家属听取医师所做详细说明和解释，并在认真阅读上述内容、询问有关事项后，经慎重考虑，表示完全理解以上操作方案和操作风险（共__项）等事宜，愿意承担以上各项风险带来的后果，积极配合医务人员共同完成该操作。

是否同意实施该操作，签字为证。

患者意愿：_____

患者签名：_____（手印）或患者委托代理人签名：_____

患者家属签名：_____（手印）与患者关系：_____

签署日期：_____