

广西医科大学第一附属医院

超声引导下经皮肝组织穿刺活检术知情同意书

病案号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 7月29天

科室: 儿科二病区

一、病情及所需操作

医生已解释如下病情(诊断):

1. 肝功能损害查因
2. 高氨血症
3. 高乳酸血症

结合上述病情(诊断)建议做如下操作:
超声引导下经皮肝组织穿刺活检术

二、操作风险

上述操作有如下风险:

1. 麻醉意外、麻醉药品过敏。
2. 出血、局部血肿。
3. 穿刺伤口感染。
4. 损伤邻近器官、气胸。
5. 血管损伤。
6. 腹腔感染。
7. 胆瘘形成。
8. 肝内动静脉漏。
9. 心脑血管意外。
10. 反应性低血压。
11. 穿刺失败。
12. 穿刺仍不能明确诊断, 须重复穿刺或进行其他检查协助诊断。
13. 如果患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张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。
14. 其他不可预知的风险。

(以上内容为医师所告知患者的病情、所需手术/操作/治疗及其风险)

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

(请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容)

(患者本人/患者代理人签字)

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：
腹腔镜下活检

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

1. 手术创伤较大，恢复时间较长。
2. 检查费用昂贵。
3. 手术及麻醉的相关风险。
4. 其他。

四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将
依据相关法律法规签署同意书

(医生签名)

(签字日期)

五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容：

1. 医生已向我解释超声引导下经皮肝组织穿刺活检术诊疗知情同意书相关内容。

2. 我已了解超声引导下经皮肝组织穿刺活检术相关风险，以及这些风险带来的后果。

3. 我同意授权超声引导下经皮肝组织穿刺活检术相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。

4. 我了解当超声引导下经皮肝组织穿刺活检术过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。

5. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。

6. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。

7. 我已了解超声引导下经皮肝组织穿刺活检术中所取器官或标本将由院方处理。

8. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。

9. 医生已解释患者预后及不进行超声引导下经皮肝组织穿刺活检术所面临的危险。

10. 我了解医生无法保证超声引导下经皮肝组织穿刺活检术可以缓解患者病情。

11. 医生已向我充分解释患者病情及超声引导下经皮肝组织穿刺活检术具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。

12. 我了解超声引导下经皮肝组织穿刺活检术中可能留取资料，资料可能被用于教学（资料将被处理，无法从中识别患者）。

13. 我已就患者病情、超声引导下经皮肝组织穿刺活检术相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述超声引导下经皮肝组织穿刺活检术，请签字

(请于横线上抄写：同意)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述超声引导下经皮肝组织穿刺活检术，请签字

(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/代理人签名并按指模)

(签字日期)