

聊城市第二人民医院

血管介入再通知情同意书

姓名: [] 性别: 女 年龄: 42岁 科室: 神经内科三病区病房 住院号: []

代理(监护人)姓名: [] 与患者关系: []

谈话记录:

- 1、患者疾病诊断: 脑梗死、大动脉闭塞
- 2、手术适应证: 临床症状符合缺血性卒中; 无明显禁忌症
- 3、全脑血管造影+经动脉血流重建(溶栓、取栓和/或血管成形)
- 4、拟施麻醉: 局麻+全麻
- 5、手术可能获益: 血管再通, 减少梗死面积, 挽救器官功能
- 6、手术风险及并发症:
 - (1) 血管部分或完全再通, 但症状无改善, 甚至加重;
 - (2) 血管无法再通, 或再通后又闭塞, 症状无改善或恶化, 危及生命;
 - (3) 颅内出血并发症, 导致偏瘫、失语、昏迷等症状, 甚至危及生命;
 - (4) 血管内操作导致血管夹层、破裂、痉挛等, 出现相应症状, 危及生命;
 - (5) 导管、导丝、支架等断裂、缠绕等, 出现相应症状;
 - (6) 穿刺部位血肿、硬结、假性动脉瘤形成, 血肿扩散至后腹膜, 危及生命;
 - (7) 微导管、支架无法到位, 机械取栓或支架置入失败, 患者及家属仍需承担相应费用;
 - (8) 麻醉意外、造影剂过敏等危及生命;
 - (9) 心率失常, 心肺肾功能衰竭等危及生命;
 - (10) 造影未发现大血管阻塞;
 - (11) 溶栓抗凝等药物导致其他部位出血, 危及生命;
 - (12) 症状未改善或恶化, 危及生命, 或长期昏迷、偏瘫、失语等;
 - (13) 穿刺部位、手术切口、肺部、泌尿系统、颅内、血液系统感染;
- 7、拒绝手术导致等不良后果: 病情加重、危及患者生命、失去手术治疗机会、引起各种严重并发症、器官功能损害等
- 8、替代治疗方案: 保守治疗 静脉溶栓(已实施)

尊敬的患者及家属:

我们已在术前向您详细说明了患者情况、手术方法、选择的依据及手术中、手术后可能出现等并发症、意外情况和有关的防范、处理措施等, 我们将竭尽全力为您提供优质的医疗服务, 科学、认真、严肃、谨慎地进行手术。绝大部分手术是安全的, 疗效也是确切的。尽管如此, 手术毕竟具有很大风险, 不可避免地会有一些并发症和意外情况发生在某些患者身上。因此, 您必须认真阅读和理解这份《手术知情同意书》, 如有不理解的地方可向医生咨询, 直至理解, 并自主决定是否选择手术治疗或按替代医疗方案实施。

上述谈话记录, 如果事实无误, 请患者(或代理人/监护人)阅读后签署意见并签名。本谈话记录经医患双方签名后生效。谢谢您的合作。

患方选择意见: [] (请患方填写是否同意手术)

医生已详细告知我病情、手术方案、治疗目的、可能获益、成功的可能性、手术治疗的风险、拒绝手术可能等后果、康复中有可能出现的问题及可替代的治疗方案。我方对于上述情况表示理解, 经充分考虑决定接受手术治疗, 并承担相应的风险。

经治医师签字: []

主刀医师签名: [] 2018年11月12日 11:20

患者(或代理人/监护人)签字: []

2018年11月12日 11:30

聊城市第二人民医院

急性缺血性卒中静脉溶栓治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 76岁 科室: 神经内科三病区病房 住院号: [REDACTED]

根据您的临床症状、体征及CT检查表现,考虑您的脑部发生了严重的病变,医学上称为脑梗塞或是缺血性脑卒中。这种病变是因您脑部的血流被血栓阻断所造成,有可能产生永久性的伤害。如果有方法可以快速溶解血栓,就有可能减少因血栓阻塞所引起的脑部损害程度。

目前有一种溶解血栓的药物,自发病时起到影像,化验检查完成,药物治疗开始不超过4.5小时的病人,可以用rt-PA(重组组织型纤溶酶原激活剂)静脉溶栓。

溶栓药物目前被认为是对缺血性脑卒中最有效的药物治疗方式。患缺血性脑卒中的病人只有不到三分之一的机会可恢复到正常的功能。若您使用这种血栓溶解剂将会增加约15%获得良好预后的机会。虽然溶栓药物是目前所能建议的最好药物治疗方式,但是它也有一定风险性:

实施本医疗方案可能发生的医疗意外及并发症包括但不限于:

- 1) 全身出血不止(包括消化道出血、全身皮下出血);
- 2) 药物过敏;
- 3) 症状性脑出血;
- 4) 脑水肿加重,脑疝;
- 5) 溶栓后病情加重甚至死亡;
- 6) 溶栓后再次发生脑栓塞;
- 7) 溶栓无效,病情继续进展;
- 8) 增加医疗费用,rt-PA的价格比较昂贵;

如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,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。

我们没有办法保证不会发生严重的颅内或是身体其他部位的出血及上述并发症的出现,但在治疗过程中,我们将密切注意一切变化,并尽一切可能来防止治疗药物产生的副作用。

医生已经向我解释了静脉溶栓治疗急性脑梗死的风险和益处,并且回答了我提出的所有问题。

我已经对上述姓名的患者解释了静脉溶栓治疗急性脑梗死的风险和益处。

医师签字: [REDACTED]

签署日期: 2018.11.12, 10:20.

☒我同意接受静脉溶栓治疗。 ☐我不同意接受静脉溶栓治疗。

患者姓名:

签署日期:

亲属/法定代表(如果需要):

亲属/法定代表姓名签名

亲属/法定代表与患者关系: 夫妻

签署日期:

2018.11.12, 10:30.