

青 岛 市 医 院

腰椎穿刺术知情同意书

患者姓名: 性别: 男 年龄: 61岁 科室: 急诊科 病案号:

拟施特殊检查/特殊治疗项目名称: 腰椎穿刺术

拟施特殊检查/特殊治疗项目目的:

医方告知

一、可能出现的并发症和风险

根据您的病情,需要进行腰椎穿刺术。一般来说操作过程是安全的,但因目前医学发展所限及患者的病情、个体差异等情况,在诊疗检查操作中以及其后可能会发生某些不可预知的并发症及风险、医疗意外,严重者甚至会导致死亡。相关检查治疗风险包括但不限于以下数项:

1. 穿刺部位出血:包括皮肤、软组织出血,甚至椎管内出血、蛛网膜下血肿,严重时可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍;

2. 感染:由于患者免疫力低下有可能出现穿刺部位皮肤或软组织感染,严重时可出现椎管内感染甚至中枢神经系统感染、败血症;

3. 穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可能,造成肢体感觉、运动障碍,甚至瘫痪、尿潴留、便失禁等;

4. 有穿刺失败的可能,届时可能需要多次穿刺;

5. 术后低颅压综合征;

6. 可引起颅内压力升高;

7. 可引起头痛、呕吐、抽搐、癫痫发作、蛛网膜下腔出血,严重时可引起脑疝、昏迷,可引起脑功能性障碍、昏迷,甚至呼吸心跳停止,乃至死亡;

8. 化学药物刺激引起脑脊髓膜炎及白质脑病;

9. 若鞘内注射药物可引起急性蛛网膜炎,表现为头痛、颈背痛、恶心呕吐、发热、头晕等颅内压增高症状;也可引起药物过敏,如:发热、皮疹,严重时可出现过敏性休克、死亡;

10. 如果患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者在穿刺中或穿刺后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

二、替代医疗方案:

三、其他告知内容

1. 在遇有紧急情况时,为保障患者的生命安全,医务人员会实施必要的救治措施。

2. 对于检查/治疗过程中产生的人体废弃物(人体组织、器官等),按国家相关规定可以:(1)自行处置;(2)由医院处置;(3)对感染性等对社会有危害性的,按照国家规定由医院处置。

3. 本次住院期间需再次或多次腰椎穿刺时,不再签署知情同意书。

医师签名: 李萌玫

签字时间: 2018.6.5

患方明确意见

我已逐条详细阅读以上告知内容并得到医院通俗、详细、具体、明确的解释,充分了解了该特殊检查/特殊治疗的目的、可能发生的并发症及风险、替代医疗方案的种类及各方案的优缺点和可行性,我明确认同这些风险和替代方案,并愿意承担相应的医疗结果。经慎重考虑,我同意(手写“我同意”或“我不同意”)进行上述特殊检查/特殊治疗。检查/治疗中产生的人体废弃物(手写“自行处置”或“由医院处置”)。

患者签名: