昆明医科大学第二附属医院麻醉知情同意书

患者姓名	性奶!	# 4 M 98	科索男人	床	_住院号_	
术前诊断: 省紅好						
拟行手术: 省社妹	#5水后感染法	61t.				

- 1 麻醉作用的产生主要是利用麻醉药便中枢神经系统或神经系统中某些部位受到抑制的结果。临床麻醉的主要任务是:消除于术疼痛,监测和调控生理功能,保障患者安全,并为于未创造条件。手术是治疗外科疾病的有效方法,但于未引起的创伤和失血可使患者的生理功能处于应散状态,各种麻醉方法和药物对患者的生理功能都有一定影响;外科疾病本身所引起的病理生理改变,以及并存的非外科疾病所导致的器官功能损害等,都是围手术期潜在的危险因素。麻醉的风险性与手术大小并非完全一致,复杂的手术固然可使麻醉的风险性增加,而有时手术并非很复杂,但由于患者的病情和并存疾病的影响。可为麻醉带来更大的风险。
- 2. 为了保证我手术时无痛和医疗安全,手术需要在麻醉和严密监测条件下进行。我有权选择适合我的麻醉方法,但根据我的病情和手术需要,麻醉医师建议我选择以下麻醉方法,必要时允许改变麻醉方式。
 - □全身麻醉;□全麻+硬膜外麻醉;□椎管内麻醉;□神经阻滞。
- 3. 为了我的手术安全,麻醉医师将严格遵循麻醉操作规范和用药原则;在我手术麻醉期间,麻醉医师始终在现场严密监测我的生命体征,并履行医师职责,对异常情况及时进行治疗和处理。但任何麻醉方法都存在一定风险性,根据目前技术水平尚难以完全避免发生一些医疗意外或并发症。如合并其它疾病,麻醉可诱发或加重已有症状,相关并发症和麻醉风险性也显著增加。

麻醉手术中可能发生的并发症和麻醉意外:

- 全麻气管插管:插管困难,牙齿损伤,口鼻腔粘膜损伤,气管损伤;呕吐、返流、误吸导致吸入性 肺炎,气道阻塞:喉痉挛,喉头水肿,支气管痉挛;全麻后苏醒延迟,呼吸恢复延迟;术后唱痛、 喉痛、声带损伤环杓关节脱位;术中知晓。
- 2. 椎管内麻醉 可能发生全脊髓麻醉,呼吸心跳停止;突破胸膜,硬膜外导管折断;术后穿刺部位疼痛、腰背痛;腰麻后头痛;尿潴留;硬膜外血肿导致截瘫;皮肤、皮下及深部感染;神经损伤,一过性或水久性下肢感觉异常和运动障碍、局麻药毒性反应等。
- 3. 臂丛神经阻滞;可发生血气胸,膈神经麻痹,局部血肿,上肢神经异感,局麻药毒性反应等。
- 4. 桑丛神经阴滞:可发生局部血肿,膈神经麻痹、罹纳氏综合症、颈部神经异感、局麻药毒性反应等。
- 麻醉药物:特异反应和过敏(或高敏反应),可导致病人发生支气管痉挛、休克甚至呼吸心跳停止等; 麻醉期间可能发生恶性高热导致死亡。
- 6. 本前件有疾患(如高血压、冠心病、糖尿病等)、重要脏器(如心、肾、肝、肺等)功能损害:麻醉期间、木后有可能诱发或加重原有疾病、发生严重并发症(如低血压、高血压、心脑血管意外、心律失常、循环衰竭、心肌梗塞、呼吸心跳躁停、弥散性血管内凝血障碍、多器官功能衰竭等),由此导致死亡的可能性及发生率都增加。
- 输液输血: 输液、血液制品及药物等有可能发生不良反应。
- 8. 饱胃病人: 更易于发生呕吐, 返流导致误吸, 发生吸人性肺炎、喉痉挛、支气管痉挛、甚至窒息死

È.

- 9. 急诊病人: 急诊手术麻醉的危险性高于择期手术麻醉, 死亡率、并发症发生率均较高。
- 10. 动静脉置管并发症: 外周静脉置管可发生局部静脉炎或血肿。动脉穿刺易出现血肿,并可能发生血 栓栓塞,导致肢体血运异常、循环障碍、感觉和运动功能异常。深静脉穿刺可能发生出血,心包填 塞,血气胸,导管打结或断裂,栓塞及胸导管损伤等。
- 不可知因素:以上为目前医学科学所能认知的原因,仍有同意书中无法预先告知且目前科学不能解释的因素。
- 12. 本次麻醉需提请患者及家属注意的特殊风险或主要高危因素:

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

- 麻醉医生已经告知我将要施行的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它麻醉 方法并且解答了我关于此次麻醉的相关问题。
- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的麻醉方式做出调整。
- 我理解在我的麻醉期间需要多位医生共同进行。

		分之百无风险的许诺。							
患者签名		签名日期		年		日			
如果患者无法	签署知情同意中	5, 请其授权的亲属在	比签名:						
患者授权亲属	签名_	与患者关系 _	KT	_ 签名日期_	भार	年_4	月_		1
为了减轻	我术后疼痛,位	足进康复,麻醉医师向	我介绍了	术后疼痛治疗的	的优点、	方法和	可能	起的	B.
外与并发症,	木后镇痛相关区	(险和意外:呼吸、循:	环抑制, 3	医心呕吐,镇痛	怀全,	硬膜外	导管型	色出多	;
并告知是自愿	选择和自费项目	」。我要求镇痛治疗。							
患者签名		· 签名日期		_ 年 _	_月	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	与患者关系_	_	_ 签名日期_		_年_•	<u>一</u> 月.		H