



中日友好医院

手术知情同意书

姓名

(第 1 页)

病案号

患者姓名:

性别: 男

年龄: 65岁

病历号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有腹主动脉瘤, 右侧颈内动脉狭窄, 右侧锁骨下动脉狭窄, 需要在静吸复合麻醉下进行颈动脉、锁骨下动脉造影和介入治疗手术。

颈动脉(颅外段)硬化性狭窄或闭塞, 导致脑梗死、脑缺血, 引起相应症状。对于中重度颈动脉狭窄病变, 可以采用保护伞下球囊扩张支架成形术改善血运, 降低脑梗死风险, 预防缺血性卒中。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下手术可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术式根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策:

介入诊疗共同部分:

1) 麻醉意外, 心、脑血管意外(心肌梗死、脑梗死、脑出血等), 心律失常, 生命危险;

2) 围手术期感染, 包括穿刺伤口感染、置入支架感染、肺部感染、泌尿系统感染等;

3) X射线相关损害;

4) 出血: 穿刺点局部血肿, 假性动脉瘤形成, 入路血管或操作靶血管破裂, 胸腹腔或后腹膜出血, 介入相关损伤导致内脏出血(如消化道或泌尿系统出血, 颅内出血等), 严重者休克、死亡;

5) 损伤: 穿刺导致动静脉瘘, 周围神经损伤产生神经刺激症状、暂时或永久性神经功能障碍, 损伤周围脏器等导致相关症状, 导管、导丝损伤血管导致斑块破裂、夹层形成、血管破裂等;

6) 栓塞: 全身各脏器或肢体血管栓塞, 导致相应缺血症状、功能障碍或丧失;

7) 造影剂(或栓塞剂)及术中用药可能导致毒副反应, 如损害肾功能导致肾功能衰竭, 药物过敏导致过敏性休克等症状;

8) 导丝、导管发生打结、成角、断裂, 不能取出导致栓塞等, 相应脏器功能障碍; 或器械、材料等原因造成意外情况, 导致介入治疗失败或其他意外, 可能需要同期或二期开放手术;

9) 解剖结构、病变特点或技术条件等导致介入治疗不成功或中止, 但相应医疗费用仍由患者承担;

10) 术后下肢深静脉血栓形成, 存在并发肺动脉栓塞及危及生命的可能;

11) 介入治疗后症状不能缓解或加重;

12) 其他意外。

本次手术部分: 根据术中具体情况确定具体术式。目的为预防脑梗死改善血运, 但围手术期可能发生脑梗死、脑水肿、脑出血, 严重者有生命危险。

1) 斑块狭窄严重, 病变广泛, 支架可能无法置入, 颈动脉保护装置无法通过, 介入治疗

患者或授权亲属签字:

签字日期:

2019年8月10日



中日友好医院 手术知情同意书

姓名

(第 2 页)

病案号

中止；或置入后扩张不充分，残留部分狭窄，扩张病变时可能导致动脉破裂、大出血、失血性休克，有生命危险；

2) 支架位置、形态不满意（狭窄），置入后移位，置入失败；术中支架不能释放，保护装置不能取出，可能需手术治疗；发生大面积脑梗死甚至有生命危险；

3) 支架置入术中斑块脱落、动脉痉挛、动脉夹层等引起脑血管意外、脑梗死等；

4) 术中、术后动脉支架内急性或亚急性血栓形成，导致急性脑梗死等症状，有生命危险；

5) 术中颈动脉窦受压迫，可能出现反射性心动过缓、低血压或血管痉挛，引起脑缺血、晕厥、心跳骤停等；

6) 围手术期脑梗死、脑出血，致失语、偏瘫、昏迷、植物状态等中枢神经系统症状；脑水肿导致脑疝、昏迷等，重者导致患者呼吸心跳停止、死亡；

7) 术后支架内慢性血栓形成、内膜增生导致再狭窄甚至闭塞，或术后自身动脉病变发展导致狭窄或闭塞，继续治疗；

8) 支架置入后近远期形态或位置改变；

9) 其他意外。

4. 我理解如果我患有高血压、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。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：

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

1. 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

2. 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

3. 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

5. 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

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 月 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名

签名日期 年 月 日

患者或授权亲属签字：

签字日期：

年 月 日



中日友好医院

手术知情同意书

姓名

(第 1 页)

病案号

患者姓名:

性别: 男

年龄: 65岁

病历号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有腹主动脉瘤, 右侧颈内动脉狭窄, 右侧锁骨下动脉狭窄, 需要在静吸复合麻醉下进行腹主动脉瘤腔内覆膜支架置入手术。

腹主动脉瘤指腹主动脉局限性永久性扩张大于正常直径的1.5倍。一般表现为腹部搏动性包块、腹痛、栓塞症状等, 也可无自觉症状。病变发展, 腹主动脉瘤增大, 可能出现动脉瘤破裂, 有生命危险。采用腔内介入技术, 以覆膜支架隔离动脉瘤, 防止破裂, 降低大出血、休克、死亡的风险。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下手术可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的手术式根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策:

介入诊疗共同部分:

1) 麻醉意外, 心脑血管意外(心肌梗死、脑梗死、脑出血等), 心律失常, 生命危险;

2) 围手术期感染, 包括穿刺伤口感染、置入支架感染、肺部感染、泌尿系统感染等;

3) X射线相关损害;

4) 出血: 穿刺点局部血肿, 假性动脉瘤形成, 入路血管或操作靶血管破裂, 胸腹腔或后腹膜出血, 介入相关损伤导致内脏出血(如消化道或泌尿系统出血、颅内出血等), 严重者休克、死亡;

5) 损伤: 穿刺导致动静脉瘘, 周围神经损伤产生神经刺激症状、暂时或永久性神经功能障碍, 损伤周围脏器导致相关症状, 导管、导丝损伤血管导致斑块破裂、夹层形成、血管破裂等;

6) 栓塞: 全身各脏器或肢体血管栓塞, 导致相应缺血症状、功能障碍或丧失;

7) 造影剂(或栓塞剂)及术中用药可能导致毒副反应, 如损害肾功能导致肾功能衰竭, 药物过敏导致过敏性休克等症状;

8) 导丝、导管发生打结、成角、断裂, 不能取出导致栓塞等, 相应脏器功能障碍; 或器械、材料等原因造成意外情况, 导致介入治疗失败或其他意外, 可能需要同期或二期开放手术;

9) 解剖结构、病变特点或技术条件等导致介入治疗不成功或中止, 但相应医疗费用仍由患者承担;

10) 术后下肢深静脉血栓形成, 存在并发肺动脉栓塞并危及生命的可能;

11) 介入治疗后症状不能缓解或加重;

12) 其他意外。

本次手术部分:

1) 术中根据具体情况改变术式, 入路血管可能选择股动脉、髂动脉或腹主动脉下段等, 中转开放手术(动脉瘤切除、人工血管置换)等;

患者或授权亲属签字:

签字日期: 2018年8月10日



中日友好医院

手术知情同意书

姓名

(第 2 页)

病案号

2) 围手术期动脉瘤破裂, 发生大出血、失血性休克, 导致死亡; 入路血管损伤导致破裂、失血性休克、夹层形成、血栓形成等, 严重者需手术或介入治疗;

3) 覆膜支架阻塞重要动脉分支, 产生相应缺血、损伤, 如截瘫、肾功能衰竭、肠系膜动脉缺血等, 双侧髂内动脉堵塞可能导致臀肌坏死、跛行、男性功能障碍等;

4) 术中、术后支架移位或成折角, 需加用短支架(CUFF)或多枚支架, 或介入治疗失败;

5) 术后覆膜支架血栓形成、内膜增生, 管腔狭窄或闭塞, 导致缺血症状等;

6) 术中出现严重内漏, 加短支架(CUFF)或多枚支架治疗; 或解剖位置等原因导致无法继续介入治疗;

7) 术中、术后内漏, 可导致近远期瘤体继续扩大或破裂, 必要时再次进行介入或手术治疗;

8) 术后动脉瘤因内张力等可能持续存在或继续扩大, 存在破裂风险, 必要时再次手术或介入治疗;

9) 覆膜支架置入后继发感染, 需相应治疗, 如手术取出支架, 改行人工血管置换;

10) 伤口感染、脂肪液化、积血积液、血肿等, 伤口不愈合; 入路血管再狭窄或血栓, 导致下肢缺血, 必要时需手术治疗;

11) 其他意外。

4. 我理解如果我患有高血压、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。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

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

1. 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

2. 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

3. 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

5. 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

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 2018 年 8 月 10 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 陈旭 签名日期 2018 年 8 月 10 日

患者或授权亲属签字:

签字日期:

年 月 日