

腰椎穿刺术知情同意书

康华医院

腰椎穿刺术知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号
	男	86岁	

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我的脑部或脊髓可能有炎症性、出血性、占位性或其他病变，需要在麻醉下进行 腰椎穿刺术

术(住院期间可能需多次进行)。

腰椎穿刺检查应用于监测脑脊液压力、细胞学及各项生化指标等，对于考虑中枢神经系统感染性疾病、脱髓鞘疾病、肿瘤或其相关疾病等具有重要的诊断意义。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下腰椎穿刺术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作方案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操作的具体内容，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，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3.我理解此操作可能发生的风险和医生的对策：

1) 穿刺过程中可能会出现如下危险：

- 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，严重可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍；
- 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，严重可出现椎管内感染甚至中枢神经系统感染、败血症；
- 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；
- 有穿刺失败的可能，届时可能需要再次穿刺；

2) 术后可能出现如下危险：

- 化学药物刺激引起脑脊髓膜炎及白质脑病；
- 中枢神经系统感染；
- 颅内压力升高，引起头疼、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；
- 术后低颅压综合征；
- 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；
- 鞘内注射药物过敏，如：发热、皮疹，严重可出现过敏性休克、死亡。



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.我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

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

- 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。
- 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。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 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。

☐ 我 同意 (“同意”) 实施腰椎穿刺术检查并自愿承担腰椎穿刺术检查可能出现的风险。

☐ 我 不同意 (“不同意”) 实施腰椎穿刺术检查并自愿承担拒绝腰椎穿刺术检查后可能出现的风险。

若腰椎穿刺术期间发生意外紧急情况，

同意 (“同意”或“不同意”) 接受贵院的必要处置。

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 父子 签名日期 2020 年 11 月 11 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 2020 年 11 月 11 日

康华医院

入住重症监护病房（ICU）知情同意书

患者姓名	性别	男	年龄	86岁	病历号
------	----	---	----	-----	-----

疾病介绍和治疗建议

医生已告知患者有**癫痫？**，目前患者病情危重，需进入重症监护病房（ICU）进行抢救或密切监护。医护人员将根据病人的病情需要进行多种抢救治疗，在抢救过程中可能需要进行一些有创或有潜在危险的诊疗项目，包括：气管插管及机械通气治疗；纤维支气管镜检查及治疗；动脉穿刺置管及有创动脉压监测；持续镇静镇痛治疗；心外按压和电除颤，等。

ICU 是高投入的诊疗区，配有持续心电、血压、脉氧饱和监护仪，呼吸机，监控中心，透析仪器等贵重仪器及高级设施，并且配有护士专人看护，所需费用较高。专科医师和 ICU 医师将根据患者病情制定最佳的治疗方案，合理选择药物及检查、检验项目。为保证对患者诊治工作的顺利进行，请及时交纳有关费用。

有创操作的潜在风险和对策：

医生告知我如下有创操作可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作方式根据不同病人的情况略有所不同，医生告诉我及家属可与我的医生讨论有关我的操作的具体内容，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，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解有创操作可能发生的风险和医生的对策：

一、气管插管及机械通气治疗可能引起的意外与并发症：

1、刺激迷走神经引起呼吸心跳骤停；2、口腔局部损伤和牙齿脱落；3、咽部感染、喉头水肿及声带损伤；4、气管软骨脱位；5、误吸导致肺部感染和肺不张；6、粘液栓、痰栓等引起急性气道阻塞；7、误入食道；8、插管失败；9、呼吸机诱发的肺损伤，相关性肺部感染；10、呼吸机依赖；11、循环功能障碍；12、呼吸功能衰竭继续加重；13、病人需要约束治疗；14、皮下气肿、纵膈气肿；15、气管食管瘘；16、其他不可预见的意外。

二、纤维支气管镜检查及治疗可能引起的意外与并发症：

1、麻醉意外；2、喉头水肿，痉挛，窒息；3、咯血；4、肺部感染扩散；5、支气管痉挛，呼吸骤停；6、气胸；7、加重缺氧；8、严重心律失常，心跳骤停；9、血压升高，脑血管意外；10、气管插管意外脱出；11、其他。

三、动脉穿刺置管及有创动脉压监测可能引起的意外与并发症：

1、麻醉意外；2、出血，局部血肿；3、感染；4、血栓形成；5、神经损伤；6、动脉供血区缺血致局部坏死；7、操作失败；8、其他。

四、持续镇静镇痛治疗可能引起的意外与并发症：

1、呼吸循环抑制；2、恶心呕吐；3、镇痛不全；4、苏醒延迟；5、谵妄；6、其他。

五、心外按压和电除颤可能引起的意外与并发症：

1、肋骨骨折；2、气胸、血胸、软组织损伤；3、电灼伤；4、心肌损伤；5、除颤无效。

特殊风险或主要高危因素根据患者个人的病情，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

- 我的医生已经告知我将要进行的有创操作方式、此次有创操作及有创操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次有创操作的相关问题。
- 我同意在有创操作中医生可以根据我的病情对预定的有创操作方案做出调整。
- 我理解我的有创操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到有创操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、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。
- 我 同意（“同意”或“不同意”）进入 ICU 病房进行治疗。

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 父子 签名日期 2022 年 11 月 11 日

医护人员陈述：

我已经将患者目前病情，进入 ICU 病房治疗的目的、意义、重要性以及将要进行的有创操作方式、此次有创操作及有创操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法告知患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人，并且将患者不进入 ICU 病房治疗可能发生的风险及不良后果告知了患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人，并且解答了患者关于此次有创操作的相关问题。

医生签名_____ 签名日期 2022 年 11 月 11 日

病危病重通知书

康华医院			
病危病重通知书			
患者姓名	性别	年龄	病历号
	男	86岁	
尊敬的患者家属或患者的法定监护人、授权委托人： 您好！您的家人_____现在在我院 <u>VICU</u> 科住院治疗。 目前诊断为 <u>癫痫？</u> 虽经医护人员积极救治，但目前患者病情危重，并且病情有可能进一步恶化，随时会出现以下一种或多种危及患者生命的并发症： 肺性脑病，严重心律失常、心功能衰竭、心肌梗死、高血压危象； 1、上消化道出血导致出血性休克、脑出血、脑梗塞、脑疝； 2、感染中毒性休克、过敏性休克、心源性休克； 3、弥漫性血管内凝血（DIC）； 4、多器官功能衰竭； 5、糖尿病酮症、酸中毒、低血糖性昏迷、高渗性昏迷； 6、其他。 上述情况一旦发生会严重威胁患者生命，医护人员将会全力抢救，其中包括气管切开、呼吸机辅助呼吸、电除颤、心脏按摩、安装临时起搏器等措施。 根据我国法律规定，为抢救患者，医生可以在不征得您同意的情况下依据救治工作的需要对患者先采取抢救措施，并使用急救救治所必需的仪器设备和治疗手段，然后履行告知义务，请您予以理解并积极配合医院的抢救治疗。 如您还有其他问题和要求，请在接到本通知后主动找医生了解咨询。请您留下准确的联系方式，以便医护人员随时与您沟通。 此外，限于目前医学科学技术条件，尽管我院医护人员已经尽全力救治患者，仍存在因疾病原因患者不幸死亡的可能。请患者家属予以理解。			
患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见： 关于患者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于患者病情危重时进行的救治措施，医护人员已经向我详细告知。我了解了患者病情危重，并（“同意”）医护人员进行（同意划√，可多选）： ☒ 气管切开 ☐ 心脏按压 ☒ 呼吸机辅助呼吸 ☐ 临时起搏器 ☐ 电除颤 ☒ 其他有创救治措施。 患者授权亲属签名 <u>李子</u> 与患者关系 <u>父子</u> 签名日期 <u>2020</u> 年 <u>11</u> 月 <u>17</u> 日			
关于患者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于患者病情危			

重时进行的救治措施，医护人员已经向我详细告知。我了解了患者病情危重，我（“不同意”）医护人员进行上述有创救治措施，我同意（“同意”或“不同意”）使用药物进行救治，对所发生的一切后果我们自行承担责任。

患者授权亲属签名 王八 与患者关系 父子 签名日期 2020年 11 月 11 日

医护人员陈述：

我已经将患者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于患者病情危重时进行的救治措施向患者家属或患者的法定监护人详细告知。

医护人员签名 _____ 签名日期 2020年 11 月 11 日

