

山西医科大学第一医院

腰椎穿刺术知情同意书

住院号 1084774

科室:神经内科

患者姓名

床号:22

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我的脑部、脊髓患有炎症性、出血性、占位性或其他病变,需要在局部麻醉下进行腰椎穿刺术。

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

④术后低颅压综合征；

⑤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；

⑥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

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、可能存在的其他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。

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、可能存在的其他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

签名时间：

如果患者无法签署知情同意书，请其授权人在此签名：

患者授权人签名

与患者关系

签名时间：

