

南昌大学第二附属医院

CT/B超引导下穿刺活检知情同意书

姓名: _____

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 慢性粒细胞性白血病, 颈部肿物 , 需要在 局部 麻醉下进行 肿物穿刺 术。

治疗潜在风险和对策:

医生告知我如下CT/B超引导下穿刺肺活检术可能发生的风险, 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. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策:

1) 麻醉药物过敏;

2) 局部出血、渗水;

3) 伤口感染;

4) 穿刺不成功;

5) 损伤局部神经;

6) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项, 如: _____

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 除上述风险以外, 还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向我解答了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作出调整。

3、我理解我的操作需要多位医生共同进行。

南昌大学第二附属医院

CT/B超引导下穿刺活检知情同意书

姓名

科室:血液内科

床号:11

住院号:

4、我并未得到操作百分之百成功的许诺。

5、我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置,包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。

6、我已如实向医生告知我的所有病情,如有隐瞒,一切后果自负。

患者签名

签名日期 2016 年 4 月 12 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、可能存在的其他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:

李伟

签名日期: 2016年04月12日