



浙江省人民医院
ZHEJIANG PROVINCIAL PEOPLE'S HOSPITAL
杭州医学院附属人民医院
PEOPLE'S HOSPITAL OF HANGZHOU MEDICAL COLLEGE

超声介入知情同意书

姓名 年龄 75 性别 女 门诊/住
主要诊断 肝占位性病变 超声号

尊敬的患者：

在您接受超声介入诊疗前，作为您的诊治医师，向您告知如下情况：

1. 超声介入名称：超声引导下肝内肿块穿刺活检术

2. 超声介入诊疗目的：☒ 明确诊断 ☐ 治疗 ☐ 诊断和治疗

3. 本次超声介入可能出现如下打√项目的风险：

- | | |
|--|--|
| ☐ 感染、发热 | ☒ 麻醉意外 |
| ☒ 疼痛、甚至剧烈疼痛 | ☐ 过敏反应 |
| ☒ 损伤血管，出现大出血 | ☐ 肿瘤破裂，脏器穿孔 |
| ☐ 胸膜反应、胸膜损伤、气胸 | ☐ 神经损伤导致相应症状 |
| ☐ 临近组织器官损伤 | ☒ 肝肾功能损伤、死亡 |
| ☐ 肿瘤治疗不彻底、残留 | ☒ 伤口延迟愈合或不愈合 |
| ☒ 针道转移 | ☒ 其他难以预料的意外 |
| ☒ 由于各种原因导致本次操作失败 | |

4. 可供选择的其它方法：☒ 保守治疗 ☐ 手术 ☐ 其他

5. 患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

诊治医师已经向我们详细告知了有关本次超声介入诊疗的目的及可能存在的风险。我们理解受医学科学技术条件局限，在超声介入诊疗过程中上述风险是难以完全避免的。

我 同意（选择）实施 超声引导下肝内肿块穿刺活检术 超声介入诊疗，并自愿承担可能出现的风险，期间若发生意外紧急情况，137（同意或不同意）接受贵院的必要处置。

患者签名

家属、监护人、委托人签名

联系电话

签字时间 2021 年 6 月 30 日

6. 诊治医师陈述：

我已经告知 ☒ 患者，☒ 患者家属，☐ 患者法定监护人或授权委托人有关本次超声介入诊疗 的风险，并解答了超声介入诊疗的相关问题。

诊治医师签

签字时间 2021 年 6 月 30 日