

九江学院附属医院

冠脉及外周血管介入诊疗知情同意书

姓名

性别男

年龄41岁

科室心内二病区

床号3

住院号

☒ 11、经皮冠状动脉介入治疗(PTCA)及支架植入后发生支架内血栓形成,导致急性心肌梗死,严重者危及生命;术后支架内再狭窄须再次手术;

☒ 12、应用抗凝、抗血小板制剂及冠状动脉内溶栓药物使全身出血风险增加,可发生脑出血、消化道出血及穿刺部位血肿等,严重者危及生命;

☐ 13、急诊PCI手术中可能出现无复流(血管无解剖性狭窄,但无血流通过),发生率约10-15%;其他:

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款,我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

医师签字: 祝磊

签字时间: 2022年4月25日11时30分 签字地点: 医生办公室

患者 我及委托代理人确认:

医师向我解释过我的病情及所接受的手术,并已就1-12(填写并发症及手术风险序号)医疗风险向我进行了详细说明。我了解治疗可能出现的风险、效果及预后等情况,并知道治疗是创伤性诊疗手段,由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响,可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况:

托 医师向我解释过其他治疗方式及风险,我知道我有权拒绝或放弃此治疗,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就我的病情、该治疗及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询,并得到了满意的答复。

人 (请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容,我做以下声明”字样)

意见 我 同意 (填同意) 接受该治疗方案并愿意承担治疗风险。

并授权医师: 在发生紧急情况下,为保障本人的生命安全,医师有权按照医学常规予以紧急处置,更改并选择最适宜的治疗方案实施必要的抢救。

患者签字: _____

委托代理人签字: _____

签字时间: _____年____月____日____时____分

签字地点: 医生办

我 _____ (填不同意) 接受该治疗方案,要求更改治疗方案,并愿意承担因拒绝施行治疗而发生的一切后果。

患者签字: _____

委托代理人签字: _____

签字时间: _____年____月____日____时____分

签字地点: _____

如果患者或委托代理人拒绝签字,请医生在此栏中说明。

备注

已知晓手术风险,要求手术

2022.4.25