

首都医科大学附属北京友谊医院

发表病例报告知情同意书

患者：

登记号

性别：男

尊敬的患者：

您好！

经入院后完善相关检查，目前考虑您诊断的疾病类型属于少见病例，国内外报道较少。我们希望发表相关内容，增强医师对该类疾病的了解。发表的相关文章内会隐去您的私人信息，但会涉及整个发病过程、相关检查结果及治疗转归。发表的文章可能出现在期刊的印刷版、网络版和授权版本中。如您同意，可签署此知情同意书。

患者：

医师：

日期：

首都医科大学附属北京友谊医院(西城院区)

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

尊敬的患者：

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较一般检查与治疗难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中与治疗中以及检查后可能出现的并发症等）、替代诊治方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名：_____ 性别：男 年龄：52岁 科室：心脏中心 病房或病区：心脏一区 住院号：_____ 身份证号码：_____ 登记号：_____
医师说明	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） 间断心悸 3周 【过敏史】 【检查与治疗前诊断】 【拟行检查与治疗适应症】 ☐ 胸闷/胸痛待查 ☐ 冠状动脉疾病 ☐ 隐匿型/无症状型心肌缺血 ☐ 稳定型心绞痛 ☒ 不稳定型心绞痛 ☐ 非ST段抬高型心肌梗死 ☐ 急性ST段抬高型心肌梗死 ☐ 心力衰竭和心律失常 ☐ 陈旧性心肌梗死 ☐ PCI术后复查 ☐ CABG术后复查 ☐ 心脏外科术前常规检查（瓣膜病，心包疾病，先天性等） ☐ 外周动脉血管疾病（肾动脉狭窄、锁骨下动脉狭窄、股动脉狭窄等） ☐ 右心系统疾病，肺血管疾病 ☐ 其它 【建议拟行检查与治疗名称】

首都医科大学附属北京友谊医院(西城院区)

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

☐ 冠状动脉造影术

☐ 经皮冠状动脉球囊扩张血管成形术

☐ 冠状动脉药物洗脱支架植入术

☐ 左心室造影

☐ 外周动脉血管造影

☐ 外周动脉血管支架

☐ 经静脉临时起搏器置入术

☐ 主动脉球囊反搏泵置入术 (IABP)

☐ 冠状动脉血管内超声 (IVUS)

☐ 冠状动脉血流储备分数 (FFR)

☐ 光学相干断层成像 (OCT)

☐ 冠状动脉旋磨术

☐ 右心导管检查

☐ 其它

【检查与治疗目的】了解☐ 冠状动脉 ☒ 左心室 ☐ 外周血管 ☐ 右心及肺动脉病变情况，干预有治疗意义病变。

【检查与治疗部位】☐ 冠状动脉 ☐ 外周血管 ☒ 左心室 ☐ 右心 ☐ 肺动脉 ☐ 移植桥血管 ☐ 左心室 ☐ 其他

【替代检查与治疗方案】(目前的主要不同检查与治疗方案介绍)

1、冠状动脉CTA检查：优点为创伤小，但准确性稍差，检查受心率及病变本身影响，部分病变狭窄程度无法判定，存在假阳性及假阴性等情况。

2、药物治疗：是冠心病二级预防基础，能部分缓解症状，但不能从根本上解除冠脉严重病变，长期预后不如PCI或CABG治疗。

3、冠状动脉搭桥术治疗：优点可一次性完成多处血运重建，合并糖尿病、左主干及多支病变长期获益较大，缺点为创伤大，恢复慢，对多个脏器功能要求高，桥接部位血管条件差者手术困难或效果不佳。

【麻醉方式及风险】局部麻醉(风险详见下文相关部分)

【该患者需特殊注意事项】

【检查与治疗风险，包括检查与治疗中或检查与治疗后可出现的并发症等】

☒ 1、过敏反应(包括对比剂、麻醉剂及术中用药等)

☒ 2、动静脉瘘、局部血肿、血管损伤、动脉夹层、腹膜后血肿、神经损伤、感觉障碍

☒ 3、局部皮肤压迫性损伤，穿刺肢体血肿、缺血，严重者需外科手术，甚至截肢

首都医科大学附属北京友谊医院(西城院区)

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

- ☒4、感染(包括局部及全身)
- ☒5、血管迷走反射
- ☒6、血栓形成或栓塞(包括脑、肺、肾、肠系膜及四肢动静脉系统等)
- ☒7、冠脉穿孔、心肌穿孔、心脏破裂、心包填塞
- ☒8、猝死
- ☒9、脑血管并发症(包括脑出血、脑梗死、TIA等)
- ☒10、胃肠道出血、及其他系统动静脉大出血
- ☒11、急性心肌梗死、急性心衰、心源性休克、严重恶性心律失常
- ☒12、对比剂肾病,严重者需透析治疗
- ☒13、支架脱载
- ☒14、支架内急性、亚急性及晚期血栓形成
- ☒15、支架术后再狭窄
- ☒16、导管断裂、打结
- ☒17、X线损伤
- ☒18、手术不成功
- ☒19、其他



【检查与治疗后主要注意事项】适量饮水促进对比剂排出,穿刺部位制动,防止出血、血肿,如有任何不适或异常,请及时通知医务人员处理。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异,不排除手术风险及医疗意外风险等因素,存在术前和术后不可预见的特殊情况,恳请理解。

【拒绝检查与治疗可能发生的后果】

延误诊断、治疗,病情加重、恶化甚至导致各种心血管事件、甚至死亡。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款,我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知晓并充分理解了上述信息。

谈话医师签名:

术者签名确认:

患者/患者近亲属/法定监护人确认:

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案,并已就医疗风险和并发症(请患者本人书写第几条到第几条全部内容)向我进行了充分说明,我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况,并知道检查与治疗是创伤性治疗手段,由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响,检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后才可能发生不可预见的医疗后

首都医科大学附属北京友谊医院(西城院区)

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

外风险,不能确保救治完全成功,甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险,我知道我有权选择其他检查与治疗方式,也可以拒绝或放弃此项检查与治疗,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就患者的病情、检查与治疗及其医疗风险等相关的问题

向我的医师进行了详细的咨询,并得到了全面的答复。

我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容。

(请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容,特做以下声明:”字样)

我同意(填写“同意”)接受医师建议的特殊检查与治疗方式并愿意承担上述检查与治疗风险。

并授权医师:在检查与治疗中或检查与治疗过程中发生紧急情况下,为保障患者的生命安全,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检查与治疗方式实施必要的抢救。

患者签名: _____

患者近亲属/法定监护人签名: _____ 患者关系: 夫妻 联系电话: _____

患者近亲属/法定监护人身份证号码: _____

签名时间: 2024年11月23日16时21分 签名地点: 友谊心内科

我不同意(填写“不同意”)接受医师建议的特殊检查与治疗方式,并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名: _____

患者近亲属/法定监护人签名: _____ 与患者关系: _____ 联系电话: _____

患者近亲属/法定监护人身份证号码: _____

签名时间: _____年____月____日____时____分 签名地点: _____

患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由:

记录人: _____

见证人: _____ 见证人身份证号码: _____

时间: _____年____月____日____分 地点: _____

如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名,请医师在此栏中说明有关情况,签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。