



大连医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF DALIAN MEDICAL UNIVERSITY

特殊治疗同意书

姓名	■	性别	女	年龄	53岁	住院号	■	科别	■
临床诊断	双肺病变性质待查								
治疗方法	超声引导下经皮肺穿刺活检								
治疗目的 (或依据)	明确病变性质								
治疗日期	2022年04月25日			治疗前准备	已完善				
治疗中、治疗后可能出现的风险和并发症	1. 局部感染或败血症：局部穿刺点发生红、肿、热、痛，或全身感染如发热、寒战等； 2. 麻醉药过敏，药物毒性反应及其他麻醉意外； 3. 穿刺部位局部血肿，皮下气肿； 4. 心血管症状：穿刺期间可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等； 5. 穿刺失败； 6. 术中、术后出血、渗液、渗血； 7. 胸膜反应：心悸、胸部压迫感、头晕、出汗、低血压休克； 8. 气胸、血气胸、皮下气肿，严重时危及生命； 9. 肺水肿； 10. 损伤肺脏、局部神经或其他组织、器官； 11. 穿刺处局部或胸膜腔感染； 12. 其它								
交代医师	孙之娟		患者或代理人意见	上述事项医师已向我告知清楚，我同意接受该项治疗，签名为证。					
			患者签字	■		日期	20 年 月 日		
交待日期	2022-04-25		代理人签字	■		日期	2022年4月25日		
代理人与患者关系	夫妻			代签字原因					

纤维支气管镜检查知情同意书

患者及家属您们好:

纤维支气管镜(简称:纤支镜)检查是帮助您诊断或治疗呼吸道疾病的方法之一。在准备进行纤支镜检查前请仔细阅读以下内容。

一、纤支镜的注意事项

1、检查前携带纤支镜检查申请单、血常规(1周以内)、肝炎病毒学、梅毒、HIV(三个月内)和凝血像(1周以内)化验单到气管镜室预约。

2、检查当日清晨禁止进食物和饮水。

3、携带胸部X线片、胸部CT片及其他相关的肺部影像学资料。

4、收款收据、术中用药和面巾纸一盒,身份证或其他有效证件。

5、家属陪同按约定时间就诊。

6、检查结束后2个小时内,禁止进食和饮水,防止误吸。

7、1周后(或约定时间)领取报告单。

8、拟行纤支镜检查前1周需停用所有抗凝及抗血小板药物,如华法林肝素、阿司匹林、氯吡格雷、双嘧达莫等,后检查凝血像需正常。

9、肺CT提示结节、肿块存在,需先行肺增强CT后方可行肺活检检查。

二、纤支镜检查的适应症:供患者参考,详情可咨询医生。

1、原因不明的咯血或痰中带血。

2、原因不明的刺激性咳嗽。

3、胸部X线、肺部CT或其他检查发现肺部阴影原因不清。

4、病因不明的胸腔积液。

5、痰中发现癌细胞,肺部影像学检查未发现病变。

6、弥漫性肺病变原因不清,可能需要肺活检和/或肺泡灌洗。

7、下呼吸道细菌培养。

8、气管、支气管、肺部疾病的治疗。

(取异物、移除分泌物、止血、局部药物治疗等)

9、介入性气道内镜检查、治疗还需附加相关内容

10、其他适应症:

您的适应症为: 弥漫性肺病变原因不清,可能需要肺活检和/或肺泡灌洗

三、纤支镜检查的禁忌症

有下列情况者不易进行检查:

不稳定心绞痛;近期心肌梗塞;不能纠正的严重低氧血症;严重心律失常;严重心功能不全;一般状况极差;严重高血压;对麻药过敏;主动脉瘤有破裂危险;两周内有咯血;哮喘急性发作期;有明显出血危险者;近1周应用抗血小板药物及抗凝药者;其他。

若有上述情况,请如实向医生说明。

四、纤支镜检查的共性风险(并发症)

该项检查是呼吸道内侵入性的检查,是肺部疾病诊断、治疗的重要手段之一,国内外广泛应用,虽然证明该方法安全、有效,但在检查过程中少数患者可能出现并发症。

常见的并发症:

- 1、麻药过敏。 2、出血。 3、气胸。 4、感染。
5、心律失常,心脏骤停。 6、支气管痉挛。 7、低氧血症。

8、上述并发症严重者可危及生命,尤其严重心律失常、大出血、喉痉挛等窒息情况,严重时可能导致死亡。9、其他意外发生。

五、对您拟行的检查

- 1、镜下改变、刷检、支气管冲洗、病变/支气管粘膜活检(需根据镜下改变决定)。
- 2、肺活检。
- 3、支气管肺泡灌洗。
- 4、下呼吸道病原菌培养。

(根据病情及镜下改变决定检查项目)

5、介入治疗(需事先告知患者):

名称:

肺活检

六、您的权利

是否进行该项检查完全取决于您的自愿,在纤支镜检查开始前,您可以随时退出。

七、知情同意书的签署

我在全面、充分、详细了解以上信息包括风险后,自愿同意接受这项检查,签署此知情同意书,并愿意与医务人员合作,完成该项检查。

患者签字:

或法定代理人签字:

与患者关系:

配偶

签字日期: 2022年4月25日

联系电话:

医生签字:

刘亚明

签字日期: 2022年4月25日

注:供检查医生参考

- 1、患者适应症是否充分;
- 2、是否存在禁忌症;
- 3、知情同意书签署;
- 4、特殊检查、治疗是否向患者告知,有文字和签字。否则不能进行检查。

大连医科大学附属第一医院

(限本院使用)