

戊午年人民日報

<input type="checkbox"/> 良、恶性肿瘤经导管化疗和/或栓塞术	<input type="checkbox"/> 经皮穿刺肿瘤化学/物理消融术
<input type="checkbox"/> 经皮穿刺活检术	<input type="checkbox"/> 非血管腔狭窄球囊成形及内支架植入/取出术
<input type="checkbox"/> 经皮穿刺胆道引流/活检术	<input type="checkbox"/> 经皮穿刺囊肿/脓肿引流术
<input type="checkbox"/> 胆道探查及T形管置换术	<input type="checkbox"/> 经皮穿刺胃造瘘及胃空肠造瘘术
<input type="checkbox"/> 椎体成形术	<input type="checkbox"/> 血管造影及栓塞术
<input type="checkbox"/> 血管腔狭窄球囊成形及内支架植入术	<input type="checkbox"/> 经皮血管内异物取出术
<input type="checkbox"/> 动脉瘤带膜支架腔内隔绝术	<input type="checkbox"/> 动脉瘤载瘤动脉及动脉瘤栓塞术
<input type="checkbox"/> 经导管溶栓、取栓术	<input type="checkbox"/> 下腔静脉滤器植入术
<input type="checkbox"/> 血管畸形腔内硬化治疗	<input type="checkbox"/> 其他：_____ 手术。

(2) 非血管介入性检查/治疗是根据病人的实际情况通过经皮穿刺路径或经人体的非血管腔送入特制的导管等介入器材, 进行肿瘤活检、引流、管腔成形或异物取出等诊断和治疗操作的微创技术。

其他: _____

3) 选择性插管相关并发症: 血管痉挛、血管内膜损伤、血管破裂; 血栓形成、附壁血栓或斑块脱落, 造成相应供血组织、器官缺血、坏死。

茂名市人民医院

5) 造影剂、化疗药物引起的毒副作用：过敏反应、胃肠道反应、骨髓抑制、心肝肾功能损害、皮肤粘膜溃疡等；

6) 栓塞治疗相关并发症：栓塞后发热、局部疼痛、胃肠道反应；栓塞剂异位栓塞造成相应组织、器官功能损害。

7) 严重心律失常：如心动过缓、室性心动过速、心室颤动、心室停搏等。

8) 急性心肌梗塞。

9) 急性心衰、休克。

10) 感染（包括局部和全身）。

11) 解剖结构异常及其他原因造成手术不成功，或需分次手术。

12) 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：_____。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

患者知情选择

我的医生已经告知我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、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整，风险一旦发生，本人授权医护人员按照医学常规予以处置。

我理解我的手术需要多位医生共同进行。

我并未得到手术百分之百的许诺。

我授权医师对手术组织_____检查和医疗废物处理等。

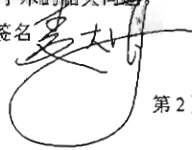
如果患者无法签署知情同意_____ 签名日期 2020 年 3 月 5 日

患者授权亲_____ 签名日期 2020 年 03 月 05 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、可能存在的其它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



签名日期 2020 年 03 月 05 日