

特殊检查/特殊治疗知情同意书

住院号: 711216

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 29 岁	科别: 神经内科
目前诊断: 李斯特脑干脑炎			
检查/治疗名称: 脑室穿刺置管术			
检查/治疗目的: 治疗颅高压、监测颅内压、抢救			
<p>检查/治疗可能发生的情况和对策:</p> <p>本项检查/治疗经多年实践, 已被广泛应用, 只要您和医务人员配合, 一般均能顺利完成, 但因患者健康状况, 个体差异及某些不可预见的因素, 在操作过程中可能出现以下情况:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 麻醉意外, 心跳呼吸骤停。 2. 穿刺时可能意外刺伤血管, 导致脑内血肿; 远隔部位血肿; 穿刺点出血。 3. 穿刺后进管困难, 穿刺不成功。 4. 导管留置期间穿刺点感染, 脑室炎, 脑膜脑炎, 相关感染导致感染中毒性休克。 5. 脑疝 6. 癫痫 7. 导管移位、损坏、折断、拔管困难, 需反复操作甚至开颅手术。 8. 在导管置入前后发生其他不能预料的医疗意外。 9. 替代方案: 开颅减压或保守治疗, 但存在较大风险。 <p>执行此检查/治疗的医务人员将认真做好准备, 仔细操作和观察, 最大限度地避免上述并发症的发生。若发现上述并发症后, 我们将采取相应治疗措施, 在出现可能危及患者生命的并发症时, 可能来不及征得患者和家属意见, 采取抢救生命的紧急措施, 希望得到患者和家属的理解。</p>			
替代医疗方案: 去骨瓣减压			
医生签名: [REDACTED]		日期: 2017 年 12 月 6 日	
<p>患者知情选择:</p> <p>医生已告知我将要进行的特殊检查/特殊治疗方式、此类检查/治疗可能发生的并发症和风险、可能的其他检查/治疗方案, 并且向我解答了关于此类特殊检查/特殊治疗的相关问题。</p> <p>患者 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意进行此检查/治疗。</p> <p>患者签名:</p> <p>患者家属 <input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意进行此检查/治疗。</p> <p>患者家属或被委托人签名: [REDACTED] 与患者关系 [REDACTED]</p> <p>签名日期: 2017 年 12 月 6 日</p>			

