



首都医科大学附属北京安贞医院
Beijing Anzhen Hospital, Capital Medical University
心脏大血管手术知情同意书



尊敬的患者：

您好！根据您目前的病情，您有此手术的适应症，建议您采取手术治疗，特向您详细介绍和说明：病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险（包括术中或术后可能出现的并发症等）和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等，以便您理解相关手术情况，帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高，发生意外事件不能完全避免，建议您术前购买手术意外保险，分担手术风险。

一般项目	患者姓名	性别	年龄
	科室	病房或病区	病案号
医师告知	身份证号		
	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度）		
	【过敏史】		
	【术前诊断】		
	【替代医疗方案】（目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍）		
	【拟行手术适应症】		
	【建议拟行手术名称】		
	【手术目的】		
	【手术部位】		
	【麻醉方式及风险】		
【患者自身存在高危因素】			
【拟行手术禁忌症】			
经治医师签名： 患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名：			
签名时间： 年 月 日 时 分 签名地点：			



首都医科大学附属北京安贞医院

Beijing Anzhen Hospital, Capital Medical University

心脏大血管手术知情同意书



【手术风险，包括术中或术后可能出现的并发症等】

- ☐ 1、麻醉意外；
- ☐ 2、体外循环意外，如栓塞；血液破坏；机械故障；
- ☐ 3、术中或术后发现病情变化，更改手术部位及方式；或改行分期手术；
- ☐ 4、术中因组织粘连游离时损伤周围脏器，如气胸，乳糜胸；神经损伤等；
- ☐ 5、体外循环术后心脏不复跳，不能脱离体外循环机；
- ☐ 6、术中凝血机制障碍，止血困难；
- ☐ 7、术中鱼精蛋白等药物过敏，出现过激性休克，严重的可导致死亡；
- ☐ 8、术后出血，心包填塞，需紧急开胸止血等情况，因当时情况紧急，不再另行与家属谈话签字；
- ☐ 9、大动脉手术时间长，创面大，术后感染风险高，包括移植物感染；感染性心内膜炎；肺部，泌尿系等脏器感染；切口、胸骨、纵隔感染导致伤口延迟愈合或不愈。严重时可能出现败血症、感染中毒性休克；
- ☐ 10、术后中枢神经系统并发症，长时间昏迷，偏瘫，截瘫，智力减退，精神症状等；
- ☐ 11、肢体缺血坏死或再灌注损伤，严重时可能需要截肢；
- ☐ 12、术后低心排，心衰，必要时需应用 IABP 或 ECOM 等心脏辅助装置；
- ☐ 13、术中房室传导阻滞，需加用临时或永久起搏器；
- ☐ 14、围术期室速、室颤、心跳骤停等严重心律失常，危及生命；
- ☐ 15、术后呼吸功能减退，低氧血症，需长期呼吸机治疗；必要时行气管切开术；
- ☐ 16、术后肾功能减退，需要透析治疗；
- ☐ 17、术后肝功能减退，应激性溃疡，消化道出血，凝血功能障碍，肠道功能障碍等；
- ☐ 18、需要瓣膜成型的病人，术中成型不满意，改行瓣膜置换；
- ☐ 19、合并瓣膜置换患者，可能出现瓣膜相关并发症；
- ☐ 20、生物瓣膜需二次手术；机械瓣膜故障，瓣膜血栓形成，赘生物形成，瓣周漏等；
- ☐ 21、合并冠脉搭桥术后出现吻合口血栓，冠脉再狭窄，围术期心梗；
- ☐ 22、杂交手术术后血管支架膨胀不良，支架远端病变发展，需二次手术；
- ☐ 23、人工瓣膜置换后因抗凝药物使用不当致出血或血栓等并发症。
- ☐ 24、其他_____

【术后主要注意事项】

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。

【拒绝手术可能发生的后果】

我已向患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

经治医师签名：_____ 患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名：_____

签名时间：2017 年 1 月 28 日 时 分 签名地点：_____

术者签名确认：_____



首都医科大学附属北京安贞医院

Beijing Anzhen Hospital, Capital Medical University

心脏大血管手术知情同意书



患者知情同意内容	<p>患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人确认：</p> <p>医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案，并已就医疗风险和并发症_____</p> <p>(请患者本人书写“第几条到第几条的全部内容”) 向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，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，术前、术中、术后可能发生不可预见的医疗意外风险，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。</p> <p>医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式，也可以拒绝或放弃此项手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、手术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。</p> <p><u>我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上内容，特做以下声明</u></p> <p>(请患者/患者近亲属/患者代理人/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内容，特做以下声明：”字样)</p> <p>我 <u>同意</u> (填写“同意”) 接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。</p> <p>并授权医师：在术中或术后发生紧急情况下，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手术方案实施必要的抢救。</p> <p>患者签名：_____ 患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名：_____</p> <p>与患者关系： <u>夫妻</u> 联系电话：_____</p> <p>签名时间： <u>2017</u> 年 <u>1</u> 月 <u>28</u> 日 时 分 签名地点： _____</p> <p>我 _____ (填写“不同意”) 接受医师建议的手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。</p> <p>患者签名：_____ 患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名： _____</p> <p>与患者关系： _____ 联系电话： _____</p> <p>签名时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日 时 分 签名地点： _____</p>
	<p>患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人拒绝签名的理由：</p> <p>备注</p> <p>记录人： _____ 见证人： _____</p> <p>签名时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日 时 分 签名地点： _____</p> <p>如果患者/患者近亲属/患者代理人/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。</p>