

滨州医学院附属医院

呼吸内镜介入治疗知情同意书

患者姓名        性别 女 年龄 56 岁 住院号 (ID)       

目前诊断 气管异物

您需要在 ☒ 表面麻醉 ☐ 表面麻醉+清醒镇静 ☐ 非置管静脉麻醉 ☐ 气管插管全麻 ☐ 喉罩置管全麻 下进行支气管镜下介入治疗, 包括:

☐ 冷冻术; ☒ 电凝切术; ☐ 氩等离子体凝固术; ☐ 球囊扩张术; ☐ 支架植入术 ☐ 异物取出术; ☐ 肺泡灌洗术; ☐ 清理术; 其他       

术中及术后潜在风险和对策

1. 麻醉意外或麻醉药物过敏。
2. 喉头水肿, 粘膜损伤。
3. 出血, 甚至大出血引起窒息, 不排除极少数患者需要输血、手术止血等治疗手段。
4. 气管、支气管及周围组织损伤、气胸、纵隔气肿等。
5. 继发感染。
6. 气管、支气管软骨破坏引起病情恶化。
7. 单次治疗效果不理想或病情反复, 需要多次治疗。
8. 支气管痉挛。
9. 术后呼吸衰竭或呼吸困难加重需要经面罩或需行气管插管、气管切开进行机械通气治疗。
10. 手术过程中及术后出现肺栓塞、心律失常、心跳骤停、心绞痛、心功能不全、脑血管意外事件等危及生命情况。
11. 其他不能预见的意外情况。
12. 上述并发症严重时, 可能延长住院时间, 需要重症监护或施以包括外科手术在内的其他治疗措施, 并因此而增加医疗费用。极少数情况下, 还可能导致永久残疾, 甚至死亡。
13. 已向患者及家属充分告知上述治疗的必要性、内容及风险。一旦发生上述风险和意外情况, 医生会采取积极应对措施将尽力救治。

患者知情选择:

●我的医生已告知我将要进行治疗的方式、此次治疗前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治疗的相关问题。●我同意在此次治疗中医生根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。●我并没有得到治疗百分之百成功的许诺。●我理解我的治疗需要多位医生、护士共同进行。●我已阅读并理解和同意前面所述的内容, 我已获得了与手术操作相关的信息。●我授权医师对治疗切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。并同意施行上述手术操作        承担由此带来的风险和费用。

患者签名:        签名日期 2017 年 3 月 10 日

如果患者无法签署同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名        与患者关系: 未妻 签名日期 2017 年 3 月 10 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗的方式、此次治疗前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治疗的相关问题。

经治医师签名        手术医师签名        签名日期 2017 年 3 月 10 日





# 滨州医学院附属医院

## 呼吸内镜介入治疗知情同意书

患者姓名 王 性别 女 年龄 57 岁 住院号 (ID) 931438

目前诊断 气肿肿物

您需要在 ☒ 表面麻醉 ☐ 表面麻醉+清醒镇静 ☐ 非置管静脉麻醉 ☐ 气管插管全麻 ☐ 喉罩置管全麻 下进行支气管镜下介入治疗, 包括:

☐ 冷冻术; ☒ 电凝切术; ☐ 氩等离子体凝固术; ☐ 球囊扩张术; ☐ 支架植入术 ☐ 异物取出术; ☐ 肺泡灌洗术; ☐ 清理术; 其他                     

### 术中及术后潜在风险和对策

1. 麻醉意外或麻醉药物过敏。
2. 喉头水肿, 粘膜损伤。
3. 出血, 甚至大出血引起窒息, 不排除极少数患者需要输血、手术止血等治疗手段。
4. 气管、支气管及周围组织损伤、气胸、纵隔气肿等。
5. 继发感染。
6. 气管、支气管软骨破坏引起病情恶化。
7. 单次治疗效果不理想或病情反复, 需要多次治疗。
8. 支气管痉挛。
9. 术后呼吸衰竭或呼吸困难加重需要经面罩或需行气管插管、气管切开进行机械通气治疗。
10. 手术过程中及术后出现肺栓塞、心律失常、心跳骤停、心绞痛、心功能不全、脑血管意外事件等危及生命情况。
11. 其他不能预见的意外情况。
12. 上述并发症严重时, 可能延长住院时间, 需要重症监护或施以包括外科手术在内的其他治疗措施, 并因此而增加医疗费用。极少数情况下, 还可能导致永久残疾, 甚至死亡。
13. 已向患者及家属充分告知上述治疗的必要性、内容及风险。一旦发生上述风险和意外情况, 医生会采取积极应对措施将尽力救治。

### 患者知情选择:

●我的医生已告知我将要进行治疗方式、此次治疗前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治疗的相关问题。●我同意在此次治疗中医生根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。●我并没有得到治疗百分之百成功的许诺。●我理解我的治疗需要多位医生、护士共同进行。●我已阅读并理解和同意前面所述的内容, 我已获得了与手术操作相关的信息。●我授权医师对治疗切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。并同意施行上述手术操作, 并愿意承担由此带来的风险和费用。

患者签名:                      签名日期 2018 年 2 月 26 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名                      与患者关系: 夫妻 签名日期 2018 年 2 月 26 日

### 医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗前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治疗的相关问题。

经治医师签名                      手术医师签名                      签名日期 2018 年 2 月 26 日

