

血管内介入诊治知情同意书

患者姓

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 左侧颈动脉+左侧椎动脉狭窄 需要在 全身 麻醉下进行

手术。

手术潜在风险和对策:

医生告知我介入手术可能发生的风险,有些不常见的风险没有在此列出,可与我的医生讨论有关手术的具体内容。

- 1.我理解 任何手术及麻醉都存在风险。
- 2.我理解 任何所用药物都可能产生副作用,包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克,甚至危及生命。
- 3.我理解 造影术中或术后可能出现的问题:

- 1) 过敏反应:术中所用药物(造影剂、麻醉剂等)可能造成皮肤过敏、呼吸困难、过敏性休克、溶血反应等;胃肠道反应、骨髓抑制、心肝肾功能损害、皮肤粘膜溃疡等;
- 2) 搬运、手术 过程中现有病情加重。(动脉瘤增大,破裂;血管狭窄加重,闭塞。)
- 3) 穿刺点并发症:局部血肿、假性动脉瘤或动-静脉瘘形成、邻近脏器损伤。
- 4) 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。
- 5) 导管、导丝扭曲、打结、折断,成为血管异物。
- 6) 术中、后应用抗凝药物导致出血(包括局部和全身)。
- 7) 感染(包括局部和全身)。
- 8) 解剖结构异常及其他原因造成手术不成功,或需分次手术。其中发生的费用由患方承担。
- 9) 诱发严重的心、肺、脑意外,深静脉血栓形成。

介入治疗可能出现的问题

- 10) 取栓失败,大面积脑梗死;取栓过程中血管破裂出血、死亡,取栓后过度灌注、脑出血危及生命。取栓后血管狭窄需行支架植入。
 - 11) 术中血管痉挛、血管内膜损伤、血管破裂;术中术后支架内急性血栓形成闭塞、支架移位;术后支架再狭窄。引起相应组织器官功能障碍。
 - 12) 支架开放不良、穿透血管、移位、游走,及可能引起相应脏器的功能障碍。
 - 13) 出现意外后,有可能改变手术方式。
 - 14) 术后可能出现肾功能衰竭、重度肺炎、心衰、心肌梗死、心率失常等情况,可能出现生命危险。
- 4.我理解 如果患者有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上风险可能会加大,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。术后患者体位不当或不遵医嘱,影响手术效果。
 - 5.我理解 可能出现现有医学技术条件下,无法预料或者不能防范的不良后果风险。
 - 6.因积极抢救和预防发生意外所产生的费用由患方承担。

替代治疗方案： ☐ 药物治疗

优点：方便易行

缺点：血管不易再通

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式，手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在

的其它替代治疗方案并且解答了我关于此次手术的相关问题。

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、可能存在的其它替代治疗方案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成功的许诺。
- 我授权医师对手术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。

患者签名_____ 签名日期_____年____月____日____时____分

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

签名日期