



手术知情同意书

10

术前诊断：心律失常
频发室性期前收缩
窦房传导阻滞
阵发性室上性心动过速
心脏射频消融术后

拟行手术名称：急诊外科手术

本病例的重要情况或特殊问题：

本病例手术中和手术后可能发生的意外情况、并发症及危险性：

1. 麻醉意外，体外循环意外（包括气栓、血栓、栓塞、偏瘫、昏迷、心跳骤停等）、药物过敏反应。
2. 术中、术后出血、渗血、凝血机制障碍、心包填塞、失血性休克，必要时需开胸探查。
3. 术中、术后心脏骤停、心脏复苏困难、各种严重心律失常，房室传导阻滞，必要时安装临时起搏器。
4. 术后出现低心排综合症，肝、肾、肺、脑等脏器的并发症及功能障碍。
5. 术中、术后出现难以纠正的水、电解质及代谢等内环境紊乱。
6. 感染（包括局部及全身）、败血症、感染性心膜炎。
7. 术中发现与术前诊断不一致，可根据术中情况改变术式或终止手术。术后出现残余分流、梗阻、瓣膜关闭不全或狭窄。
8. 换人工瓣术后出现瓣失灵、瓣周漏、心脏破裂，必要时再次手术。机械瓣置换术后需终生抗凝，可能出现与抗凝有关的血栓、栓塞、出血等并发症。
9. 冠状动脉搭桥围手术期心绞痛复发，桥血管血栓、硬化、闭塞，急性心肌梗死，必要时再次手术。
10. 大血管手术后昏迷、偏瘫、截瘫，血管周围脏器及神经损伤等。
11. 围术期必需的有创检查和介入治疗所引起的并发症。
12. 所输血液虽经供血机构按照国家规定，采用合格试剂进行严格检验，但受目前医学技术水平所限，难以避免因输血引起的肝炎病毒感染和其他不良反应、如：乙肝、丙肝、艾滋病等。
13. 体温、体外循环时间长，术后病情重、循环不良、营养状况差、病情不允许翻身，虽经采取相应的预防措施，仍可能出现术后皮肤压红、损伤及褥疮。
14. 其他

以上情况均有可能发生，如果发生，将可能导致病人残疾或死亡。请慎重考虑。袁晓冉

术者：

2018年09月07日

经治医师（负责谈话医师）：

2018年09月07日

医生已将上述有可能发生的意外情况、并发症、危险性做了详细的说明，对于可能产生的后果，患者及家属已充分理解，并同意中国医学科学院阜外心血管病医院为患者实施手术。

患者签字：

2018年9月6日

联系电话：

患者法定代理人/委托代理人（签字）：

2018年9月6日

联系电话：

注意：1、患者法定代理人签字的，此知情同意书背面须粘贴其有效身份证件复印件。

2、患者委托代理人签字的，请负责谈话医师确认已先签署《患者授权委托书》。

不同意中国医学科学院阜外心血管病医院为患者实施手术。

患者签字：

年 月 日 联系电话：

患者法定代理人/委托代理人（签字）：

年 月 日 联系电话：

心律失常导管消融知情同意书

9

患者姓名: [REDACTED]		
临床诊断: 心律失常 频发室性期前收缩 窦房传导阻滞 阵发性室上性心动过速 心脏射频消融术后		
本病例的重要情况或特殊问题:		
拟行手术名称: 心内电生理检查+导管消融术		
<p>本病例在术中或术后可能发生的并发症和意外情况:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 心内电生理检查未能诱发出适合消融的心律失常 2. 导管消融术不成功或术后复发 3. 手术累及心脏传导系统, 造成窦房结功能损害或房室传导阻滞, 严重需安装永久起搏器 4. 导管在体内断裂、打结及其他损伤 5. 过敏反应(包括造影剂、麻醉剂或其他药物) 6. 严重心律失常, 包括室速、室颤、心脏停搏等 7. 血管及心脏损伤破裂: 夹层, 心脏穿孔、破裂, 或心包填塞, 瓣膜受损等 8. 高血压的患者术中出现高血压危象或脑血管意外 9. 心绞痛、急性心肌梗塞、心力衰竭等 10. 气胸、血胸、血气胸, 纵膈损伤 11. 穿刺局部损伤, 动静脉损伤、皮下出血、血肿、动静脉瘘、假性动脉瘤等 12. 血栓形成及栓塞, 包括肺、脑、肢体栓塞 13. 内出血(包括动脉或静脉大出血) 14. 术后感染, 包括局部及全身 15. 其他 <p>以上各项轻者可致重要脏器功能受损, 重者危及生命, 尽管我们会尽力防止并积极处理以上并发症, 但仍有可能发生, 请慎重考虑。</p>		
负责谈话医师(签字):	袁晓丹	2018年09月07日
<p>医生已将上述有可能发生的意外情况、并发症、危险性做了详细说明, 对于可能产生的后果我已充分了解, 同意中国医学科学院阜外心血管病医院为患者实施心律失常导管消融治疗。</p>		
患者(签字):	[REDACTED]	2018年09月07日
患者法定代理人(签字):	[REDACTED]	2018年09月07日
联系电话:		
联系电话:		
<p>注意: 1、患者法定代理人签字的, 此知情同意书背面须粘贴其有效身份证件复印件。 2、患者委托代理人签字的, 请负责谈话医师确认已先签署《患者授权委托书》。</p>		
不同意中国医学科学院阜外心血管病医院为患者实施心律失常导管消融治疗。 患者(签字):	年 月 日	联系电话:
患者法定代理人/委托代理人签字:	年 月 日	联系电话:



扫描全能王 创建