

起搏器/ICD/CRT置入术知情同意书

姓名:

病区: 心内科病房(2-12)

床号: 57

住院号:

1 这是一份有关起搏器/ICD/CRT置入术的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的起搏器/ICD/CRT置入术相关事宜。请您仔细阅读,提出与本次起搏器/ICD/CRT置入术有关的任何疑问,决定是否同意进行起搏器/ICD/CRT置入术。

2 由于已知或未知的原因,起搏器/ICD/CRT置入术有可能:不能达到预期结果;出现并发症、损伤甚至死亡等。因此,您有权知道起搏器/ICD/CRT置入术的过程和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前,医生不能对您施行起搏器/ICD/CRT置入术。在起搏器/ICD/CRT置入术实施前的任何时间,您都有权接受或拒绝本次治疗。

3 您的主诊医生是: 陶谦民, 您的经管医生是: 严卉
目前的诊断: 室性心动过速
您拟施行的检查: 心脏治疗器械植入术

4 医生会给您解释:

4.1 起搏器/ICD/CRT置入术的手术简介、目的、预期的效果及大致费用:

手术简介: (1) 永久性心脏起搏器、三腔起搏器和植入型心脏转复除颤器是根据病人的实际情况将具有特制的起搏(和/或除颤)电极导线在X线指导下经周围血管送到心脏和血管的指定部位,通过测试确定起搏和感知或除颤功能良好后,与起搏器或植入型心脏转复除颤器与置入的电极导线相连,埋藏于胸前皮下或胸大肌下进行起搏(和/或)除颤治疗等。

(2) 临时心脏起搏植入术是根据病人的实际情况将临时起搏电极导线在X线指导下经周围血管送到心脏的指定部位,通过测试确定起搏和感知功能良好后,与体外临时起搏器相连,进行临时性心脏起搏治疗心动过缓或终止心动过速等。

手术目的:

(1) 通过心脏起搏缓解缓慢性心律失常的症状或降低猝死的发生,部分患者通过心脏再同步化治疗达到部分缓解心衰症状,降低死亡率;

(2) 通过心脏转复除颤器终止快速性心律失常或及时除颤降低猝死的发生率;

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

起搏器/ICD/CRT置入术可能出现下列情况:

- a 麻醉并发症,严重者可致过敏性休克,危及生命;
- b 造影剂过敏反应,严重者可以出现休克,危及生命;
- c 难以控制的出血,严重者可导致休克,及在抢救过程中因输血引起的不良后果;
- d 心律失常,严重者可出现心室颤动、传导阻滞、心脏骤停;
- e 术中、术后出现急性心肌缺血、心肌梗死、急性心力衰竭等;
- f 术中、术后发生感染(包括局部及全身);
- g 穿刺造成血胸、气胸、血气胸
- h 穿刺部位出现皮下血肿、动静脉瘘、假性动脉瘤、腹膜后血肿,必要时需外科手术等;
- i 术中损伤心脏血管,发生心肌穿孔、心脏破裂、动脉夹层等;术中损伤周围神经及邻近器官等;
- j 术中术后发生血管栓塞事件如下肢静脉、锁骨下或颈内静脉血栓形成、肺栓塞等;
- k 手术起搏导线发生脱位、起搏失效,需再次手术;
- l 手术后起搏导线发生心脏穿孔,需手术拔除及外科修补;少数可导致急性心包填塞危及生命,需



起搏器/ICD/CRT置入术知情同意书

姓名:

病区: 心内科病房(2-12)

床号: 57

住院号:

急诊外科手术:

- m 起搏器导线因患者胸锁、肋骨间隙过小,磨损导致起搏导线绝缘层损坏(发生率<1%),需再次手术;
- n 起搏器囊袋发生感染、血肿、创口愈合不良,部分需要行囊袋清创及起搏器重置术,或起搏器导线拔除术;
- o 血管鞘拔除过程中可能出现大出血,迷走反应导致低血压、心律失常等严重反应;
- p 手术未成功,病人情况不适宜继续手术,手术需终止进行;
- q 因静脉畸形术中需改变手术路径或起搏植入部位;
- r 部分患者因心内膜光滑,普通起搏电极难以固定,需改用螺旋主动固定电极;
- s X线对人的身体可能产生损伤
- t 某些医学上目前尚难以解释的严重并发症;

4.3针对上述情况将采取的防范措施:

基于起搏器/ICD/CRT置入术过程中可能出现的各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取及时、有效、科学的防范措施,最大限度地保护病人安全,使诊疗过程顺利完成。

4.4可供选择的其它检查/治疗方法: 药物保守

4.5您选择的检查/治疗方法: CRTD 植入术

5 如需植入内置物,您选择的类型: CRTD

6 您签字后表明您已授权病理医生对在检查/操作中取下的相关组织进行必要的医学处置。

7 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩,也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

8 为了确保您对上述内容的准确理解,在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前,医生将会给您解释上述内容。如果您还有其它疑问,希望您及时告诉医生:

您以下的签名表示:

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;
- ③ 您已经得到了起搏器/ICD/CRT置入术的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述检查/操作。

谈话医生: 马瑞 日期: 2019 年 7 月 24 日 12 时 0 分

签: 日期: 2019 年 7 月 24 日 12 时 0 分
(☐ 患者本人 ☒ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)

