

永新县人民医院

CT 检查知情同意书

姓名

性别:女

年龄: 46 岁

科别:

床号:

住院号:

临床诊断: 多发性损伤 骨折 肺挫伤

CT 检查介绍

外伤患者伤后据病情需要尽早行 CT 检查可发现隐匿伤情及评估伤情,但伤情过重以及尚不明确的患者,检查过程中的搬运以及监护措施的不足可能存在潜在的风险,如二次损伤及病情加重等;另外,在 CT 扫描中,当病变组织与正常组织密度接近时,形成的 CT 图像自然对比度低,病变组织不易显示,这样单纯 CT 平扫容易遗漏病变;有可能需进一步行 CT 增强检查或磁共振检查等。

CT 检查潜在风险和对策

医生已告知我外出 CT 检查期间可能发生的一些风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的情况根据不同患者的情况有所不同,医生告诉我可与我的医生讨论有关我 CT 检查的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

- 1.我理解外出 CT 检查存在风险。
- 2.我理解外出 CT 检查的局限性及可能进一步检查可能性。
- 3.对于重症患者、既往有心脑血管疾病患者。在检查过程中有可能发生其他不能预料的意外情况。
- 4.我理解有严重的脊柱骨折的患者可能存在二次损伤的风险。
- 5.我理解 CT 检查过程中如果我的体位不当或不遵医嘱,可能影响检查效果。
- 6.我理解并同意,由于医学的发展和疾病研究的需要,我的 CT 检查及相关病情情况可能被用于医学研究。

替代方案: 拒绝检查, 保守观察

患者知情选择

- 1.我的医生已经告知我将要进行的 CT 检查可能遇到的风险、意外及事先不可预知的情況,并且向我解答了关于 CT 检查的相关问题。
- 2.我同意在检查期间医生可以根据我的具体情况对检查实施方案作出调整,一旦发生风险及意外情况,本人授权医护人员按照医学常规予以处置。
- 3.我理解我的检查方案的实施需要多位医生和技术人员共同进行。
- 4.我并未得到 CT 检查可百分之百明确诊断所患疾病的许诺。
- 5.我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置,包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理以及用于医学研究的用途等。
- 6.我已如实向医生告知我的所有病情,如有隐瞒一切后果自负。

患者签名:

签名日期: 2020 年 02 月 07 日 20 时 15 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: 许水清

患者授权亲属签名与患者关系: 与患者的关系 签名日期: 2020 年 02 月 07 日 20 时 15 分

医生陈述:

我已经告知患者将要进行的 CT 检查可能发生的并发症和风险,并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

经治医生签名: 陈正新

签名日期: 2020 年 02 月 07 日 20 时 15 分

陈正新