



活检术知情同意书

姓名:

病区: 肝炎病房(6A-8楼)

床号:

住院号:

1 这是一份有关活检术的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的活检术相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次活检术有关的任何疑问, 决定是否同意进行活检术。

2 由于已知或未知的原因, 任何活检术都有可能出现以下情况: 不能达到预期结果; 出现并发症、损伤甚至死亡等。因此, 您有权知道活检术的性质和目的、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, 医生不能对您施行活检术。在活检术实施前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本次操作。

3 您的主诊医生是: 杨益大, 经管医生是: _____

4 医生建议您施行的活检的部位/组织: 淋巴结

5 医生会给您解释:

5.1 活检的性质、目的、预期的效果及大致费用:

活检是一种有创检查, 目的是明确肿块的病理性质及病理诊断, 为进一步制定治疗方案提供依据。

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

由于已知或无法预见的原因, 穿刺活检术过程及以后可能出现下列情况:

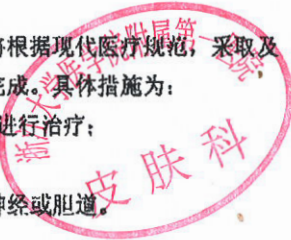
- | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 局麻药物引起不同程度的过敏反应 | <input type="checkbox"/> 损伤其它脏器 |
| <input type="checkbox"/> 穿刺部位出血、血肿、感染、疼痛等 | <input type="checkbox"/> 因疾病本身需要多部位活检术 |
| <input type="checkbox"/> 损伤血管引起大出血、肝脏破裂出血, 甚至出血性休克 | <input type="checkbox"/> 因疾病本身及其它未能预见的原因需再次活检术 |
| <input type="checkbox"/> 胆漏, 严重时可引起化学性腹膜炎 | <input type="checkbox"/> 假阴性可能 |
| <input type="checkbox"/> 肺穿刺部位出血导致咯血、血胸 | <input type="checkbox"/> 穿刺失败 |
| <input type="checkbox"/> 肺部损失导致气胸、皮下气肿 | <input type="checkbox"/> 器械故障 |
| <input type="checkbox"/> 其它 | <input type="checkbox"/> 肿瘤种植可能 |

5.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于活检术操作过程中可能出现的难以预料的因素、并发症或风险, 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, 使治疗过程顺利完成。具体措施为:

- 1) 术前: 完善相关检查, 如出凝血时间、肝肾功能等, 并针对性使用药物进行治疗;
- 2) 术中:
 - a) 精确定位: 在B超导向下精确定位, 尽量避开周边器官、大血管、神经或胆道。
 - b) 仔细操作, 动作轻柔、准确。
- 3) 术后: 根据需要进行密切心电监护, 并针对性使用止血药物等。
- 4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。
- 5) 其它

5.4 可供选择的其它检查/治疗方法: _____





活检术知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 肝炎病房(6A-8楼)

床号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

5.5 您选择的检查/治疗方法: _____

6 担任您本次操作的医生: _____ 助手: _____

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

8 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。

9 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做出决定前,医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问,希望您及时告诉您的医生。

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 您已经得到了输血操作的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述穿刺活检。

签 名 [REDACTED] 日期 2012 年 8 月 24 日 _____ 时
(☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)

谈话医生 [Signature] 日期 2012 年 8 月 24 日 _____ 时



患者授权委托书

姓名: [REDACTED]

病区: 肝炎病房(6A-8楼)

床号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

本人在院诊疗期间,有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书,郑重委托

_____作为我的代理人,代为行使在院期间的知情同意权利,并履行相应的签字手续,全权代表本人签字,被委托人的签字视同本人的签字。

一经授权人签字,本授权书即生效;被授权人之行为视同本人知悉与同意,经委托人签名同意后所实施的诊疗行为,若产生不良后果将由本人承担。

授权人签名: [REDACTED] 身份证号码: _____

被授权人签名: [REDACTED] 号码: _____ 与患者关系: 姐妹

被授权人签名: [REDACTED] 身份证号码: [REDACTED] 与患者关系: 夫妻

被授权人签名: [REDACTED] 份证号码: _____ 与患者关系: 父子

被授权人签名: _____ 身份证号码: _____ 与患者关系: _____

被授权人联系号码: [REDACTED]

日期/时间: 2014年8月16日 时

备注:被授权人仅限于相关法规所规定的近亲属、代理人和关系人。