



重庆医科大学附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University

经皮肺穿刺活检术知情同意书

尊敬的患者、患者家属或代理人：

您好！

根据患者目前的病情，有此手术指征，医生特向您详细介绍和说明以下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，请您慎重决定，作出选择。

一般项目	姓名	性别	女	年龄	55岁	科室	呼吸内科
	病区	呼吸内科(二)病房		床号		住院号	
医师报告	【术前诊断】肺部阴影待查：肿瘤？炎症？结核？。						
	【建议拟行治疗名称】建议行_经皮肺穿刺活检术手术。						
医师报告	【手术目的】 <input type="checkbox"/> 取肺组织送病理（包括特殊染色）、脱落细胞、涂片找抗酸杆菌、一般细菌培养、结核菌培养等，协助确定诊断。 <input type="checkbox"/>						
	【不手术可能发生的后果】 【替代医疗方案】（除上述方案外，根据患者的病情，目前我院还有以下替代医疗方案）： <input type="checkbox"/> 支气管镜检查； <input type="checkbox"/> 胸腔镜检查； <input type="checkbox"/> 外科手术活检； <input type="checkbox"/> 治疗后复查； <input type="checkbox"/> 长期随访； <input type="checkbox"/> PET-CT； <input type="checkbox"/>						
医师报告	【医疗方案选择】在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行_经皮肺穿刺活检术。						
	【就患方选择的医疗方案术中或术后可能出现的并发症、手术风险及其他情况】 1、任何手术及麻醉都存在风险，甚至危及生命 2、 (1) 气胸：可能出现不同程度的气胸，如为大量气胸或张力性气胸需行抽气或胸腔闭式引流。 (2) 出血：咯血或血胸。 (3) 皮下气肿、纵隔气肿：必要时需切开引流。 (4) 胸膜反应。 (5) 手术后感染：发热，胸腔感染和脓胸，结核播散。 (6) 肿瘤种植：沿穿刺途径发生。 (7) 诱发哮喘或癫痫。 (8) 麻药过敏，诱发心律失常、心跳骤停或猝死。 (9) 活检不成功或无阳性结果。 3、其它目前无法预计的风险和并发症 4、患者自身存在的高危因素及由此可能出现的特殊并发症或风险						

患方签字：_____

(1) 患有 ☐ 高血压 ☐ 心脏病 ☐ 糖尿病 ☐ 肾功能不全 ☐ 静脉血栓等疾病 ☐ 有吸烟史 ☐ 等, 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。

☐ (2)

5、其他:

我们将以高度的责任心, 认真执行手术操作规程, 做好抢救物品的准备及手术过程中的监测, 针对可能发生的并发症做好应对措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异, 意外风险不能做到绝对避免。一旦发生手术意外或并发症, 我们将积极采取相应的抢救措施, 但不能确保救治完全成功, 可能会出现死亡、残疾、功能障碍等严重不良后果, 及其他不可预见且未能告知的特殊情况, 请予理解与配合。

我已向患方解释过此知情同意书的全部条款, 我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

医师签字: 张 签字时间: 2019 年 6 月 28 时 01 分 签字地点: 病房

患方意见

患者或代理人确认:

医生已向患者或代理人解释过患者的病情及所需接受的特殊检查, 并已就医疗风险进行了详细说明。患者或代理人了解该检查可能出现的风险和结果的不确定性等情况。

医生已告知患者或代理人其他可替代检查方案及其风险, 患者或代理人知道有权拒绝或放弃此项检查, 并知道由此带来的不良后果及风险; 患者或代理人已就患者的病情、该检查及其风险以及相关的问题向医生进行了详细的咨询, 并得到了满意的答复。

患者或代理人理解医生会尽力积极诊疗, 但未许诺百分之百成功。

(请患者或代理人注明“我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容, 我做以下声明”字样)

我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容, 我做以下声明。

☐ 我 同意 (填同意) 接受医生建议的手术方案, 自愿承担手术风险; 并授权医生在术中或术后发生紧急情况下, 为保障本人的生命安全, 按照医疗常规予以紧急处理; 更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救; 对切除的病变器官、组织等标本进行处置 (包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理或科学研究等)。

☐ 我 (填不同意) 接受该手术方案, 并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。

患者或代理人签字:

亲属签字:

与患者关系:

患者无法签字的原因:

签字时间: 2019 年 6 月 28 日 01 分

签字地点:

患方签字:



重庆医科大学附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University

胸腔穿刺术知情同意书(多次操作授权版)

尊敬的患者、患者家属或代理人：

您好！

根据患者目前的病情，有此手术指征，医生特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，请您慎重决定，作出选择。

一般项目	患者姓名 <u> </u>	性别 <u>女</u>	年龄 <u>55岁</u>
	科室及病区 <u>呼吸内科</u>	床号 <u> </u>	住院号(门诊号) <u> </u>
医师报告	【术前诊断】1. 肺部阴影待查：肺癌？肺炎？肺结核？ 2. 亚临床甲减 3. 气胸		
	【建议拟行手术名称】：建议行 胸腔穿刺术		
	【手术目的】 <input type="checkbox"/> 穿刺抽取胸腔积液，协助确定诊断 <input checked="" type="checkbox"/> 引流胸腔积液、积气减压，缓解症状 <input type="checkbox"/> 减轻和预防胸膜粘连、增厚 <input type="checkbox"/> 减轻肺不张 <input type="checkbox"/>		
	【不手术可能发生的后果】		
【替代医疗方案】（除上述方案外，根据患者的病情，目前我院还有以下替代医疗方案）： 根据患者的病情，目前我院主要有内科治疗、胸腔闭式引流等。各种治疗方法的风险不同，治疗效果亦有差别。患者目前检查无明确禁忌，有本治疗指征，本治疗效果可能优于其它治疗方法，但风险亦大于其它治疗方法。			
【医疗方案选择】在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行 <u> </u> 胸腔穿刺术+抽气			
【就患方选择的医疗方案术中或术后可能出现的并发症、手术风险及其他情况】 1、任何手术及麻醉都存在风险，甚至危及生命； 2、麻醉、术中出现意外情况，致呼吸、心跳骤停，猝死； 3、胸膜反应致休克甚至危及生命； 4、术中损伤邻近组织、器官、血管、神经，如肋间血管、肺等； 5、术中损伤动脉、静脉致出血，甚至大出血危及生命； 6、肺复张后肺水肿危及生命； 7、术后复发，穿刺部位、肺部感染，脓胸、血气胸可能； 8、术后患者病情继续加重、恶化，必要时需手术治疗； 9、其它目前无法预计的风险和并发症。 10、患者自身存在的高危因素及可能出现的特殊并发症或风险 (1) 患有 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肾功能不全 <input type="checkbox"/> 静脉血栓等疾病 <input type="checkbox"/> 有吸烟史 <input type="checkbox"/> 等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。 <input type="checkbox"/> (2)			

11、鉴于检查设备、条件、位置、体质等因素的影响，该特殊检查可能不能完成，有可能不能得出检查结果，或检查结果得出后仍无法作出明确诊断，需再做进一步的检查；且结果存在一定的误差率；检查结果需要医师结合临床综合判断。

12、其他：

我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测，针对可能发生的并发症做好应对措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免。一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施，但不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，请予理解与配合。

我已向患方解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

医师签字： 签字时间：2019年6月29日10时40分 签字地点：

患方意见

医生已向患者或代理人解释过患者的病情及所需接受的手术，并就已就医疗风险进行了详细说明。患者或代理人了解手术可能出现的并发症与风险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，术中术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况。

医生已告知患者或代理人其他治疗方式及其风险，患者或代理人知道有权拒绝或放弃此手术，也明白由此带来的不良后果及风险，患者或代理人已就患者的病情、该手术及其风险以及相关的问题向医生进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

患者或代理人理解医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。

(请患者或代理人注明“我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，我做以下声明”字样)

☒ 我 (填同意) 接受医生建议的手术方案，自愿承担手术风险；并授权医生：在术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，按照医疗常规予以紧急处理，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救；对切除的病变器官、组织等标本进行处置(包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理或科学研究等)。

☐ 我 (填不同意) 接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。

患者或代理人签字：

亲属签字：

与患者关系

患者无法签名的原因：

签字时间：2019年6月29日10时40分

签字地点：

备注

如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。