



## 麻醉知情同意书

姓名：

病区：感染病房(6A-12)

床号：28

住院号：02909649

- 1 这是一份有关麻醉的告知书。目的是告诉您麻醉相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次麻醉有关的任何疑问，决定是否同意进行麻醉。
- 2 由于已知或未知的原因，任何麻醉方法和操作都有可能：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡。麻醉方式的选择一般因人而异，麻醉医生将在手术前为您做病情分级和重要脏器功能估计，然后根据您的具体情况决定麻醉方式。您有权知道麻醉性质和目的、存在风险、预期效果或对人体的影响。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行麻醉。在麻醉前的任何时间，您都有权接受或拒绝本次麻醉。

3 您的麻醉医生是：\_\_\_\_\_您的经管医生是：\_\_\_\_\_

目前诊断：\_\_\_\_\_

拟施行的麻醉方案：☒全身麻醉 ☐全身麻醉加 ☐全身麻醉准备 ☐椎管内阻滞麻醉（硬膜外阻滞、蛛网膜下腔阻滞、蛛网膜下腔联合硬膜外阻滞、骶管阻滞） ☐神经阻滞麻醉（颈丛阻滞、臂丛阻滞等） ☐局部麻醉加监护 ☐其他

麻醉检测：☐桡动脉穿刺 ☐中心静脉穿刺（☐单腔 ☐双腔 ☐漂浮）其他

### 4 麻醉性质、预期效果及风险：

#### 4.1 麻醉的性质、目的：

4.1.1 全身麻醉是应用麻醉药物使中枢神经系统得到抑制，感觉不到疼痛，肌肉松弛，记忆暂时消失。

4.1.2 区域阻滞麻醉是抑制机体某一区域的神经传导而产生麻醉作用。

4.1.3 麻醉目的是为了保障病人的术中安全、减轻病人的痛苦，使手术能顺利地进行。

4.2 预期的效果或对您的影响：麻醉一般是安全的。但是，由于个体差异及某些不可预料的因素，任何一种麻醉都存在一定的风险，这些风险会依据您整体的健康状况以及您所进行的手术程度而有所不同。因此，对于接受麻醉的部分病人，无论是何种麻醉，术中和术后均有可能发生副作用及并发症，严重者甚至会导致死亡。

#### 4.3 麻醉可能的不适、并发症或风险：

##### 4.3.1 药物引起的不良反应：

如中毒、过敏类过敏、高敏、神经毒性反应、输血、输液反应，严重时甚至导致休克、呼吸心跳停止。

##### 4.3.2 不同麻醉可能引起的并发症：

4.3.2.1 神经阻滞麻醉、硬膜外阻滞麻醉、蛛网膜下腔阻滞麻醉后发生一过性或永久性神经损伤、血肿、血气胸、腰背痛、头晕、头痛、硬脊膜外血肿、全脊髓麻醉、硬膜外血肿致截瘫等。

4.3.2.2 全麻病人气管插管导致牙齿损伤或脱落、鼻出血、唇出血、误吸、喉痉挛、喉水肿、声带损伤、支气管痉挛，全麻后苏醒延迟或呼吸不恢复、拔管并发症、拔管后延迟性呼吸抑制、呕吐返流、误吸、吸入性肺炎等。

4.3.2.3 有创动脉、静脉监测时穿刺或注射部位感染，穿刺发生血气胸或神经血管损伤。

4.3.2.4 麻醉诱发、加重原有的合并症，甚至导致组织器官功能衰竭。如突发性急性心肌梗塞，肝肾功能不全、术后认知功能障碍等。

4.3.2.5 麻醉过程中，发生各种心律失常、神经反射性血流动力学改变等，有心脑血管基础疾病者，手术中或麻醉后较易发生心脑血管意外。

4.3.2.6 急诊手术、隐瞒进食情况、或高腹压（如肠梗阻、妊娠等）病人，麻醉前已经采取力所能及





## 麻醉知情同意书

姓名：徐金国

病区：感染病房(6A-12)

床号：28

住院号：02909649

的预防措施，但仍不能完全避免发生呕吐、返流、误吸，甚至窒息死亡。

4.3.2.7 某些难以预料的并发症虽然麻醉医师尽力预防但仍然可能发生，这里无法一一列出。

4.3.2.8 其它：

### 5 针对上述情况将采取的防范措施：

术前：认真评估病人，选择最佳麻醉方案。

术中：麻醉期间您的生理功能和生命体征发生较大变化，因此麻醉医生在麻醉过程中还负责维持您的生理功能和生命体征，严密监测，随时准备处理发生的情况，积极采取充分的预防措施以确保手术顺利进行。

术后：为确保麻醉手术后的安全，麻醉医生会将您送入麻醉后恢复室进行麻醉后复苏，同时对术后疼痛、恶心呕吐、寒战等进行进一步治疗。由于病情特别严重的病人，将被转入重症监护病房进行严密的监测和治疗。

其他：

### 6 术后镇痛在一定程度上可缓解患者术后痛苦，但术后镇痛费用自理。☐ 要求镇痛 ☒ 放弃镇痛

6.1 术后镇痛方案：☐ 静脉镇痛 ☐ 硬膜外镇痛 ☐ 神经阻滞镇痛 ☒ 其它镇痛

6.2 术后镇痛可能的不适、并发症和风险：

镇痛不全、恶心、呕吐、嗜睡、皮肤瘙痒、尿潴留、呼吸抑制、便秘、肢体麻木、乏力及某些难以预料的并发症等。

7 麻醉过程中因病情需要，会使用200元以上耗材及自费药品。

8 拟定的麻醉操作将根据您的授权和同意进行，术中如有紧急或事先没有预料的情况发生，医生将根据专业判断更改麻醉及监测方式。

9 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。

10 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 您已经得到了有关麻醉的相关信息；

④ 您授权并同意医生为您施行上述麻醉操作，并同意麻醉中因病情需要而使用200元以上耗材及自费药品。

谈话医生                      日期/时间 2020 年 3 月 19 日 15 时 00 分

准备室硬膜外穿刺者签名：                      日期/时间        年        月        日        时        分

椎间隙①        朝向（向头、向骶） 椎间隙②        朝向（向头、向骶）

准备室中心静脉穿刺者签名：                      日期/时间        年        月        日        时        分

患者签名                      日期/时间 2020 年 3 月 19 日 15 时 07 分





浙江大学医学院附属第一医院  
浙江省第一医院

## 麻醉知情同意书

姓名:

病区: 感染病房(6A-12)

床号: 28

住院号: 02909649

(☒ 患者本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)