



西安交通大学第一附属医院

腰椎穿刺术知情同意书

姓名：[REDACTED] 性别：男 年龄：11天 科别：新生儿科 住院号：[REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我需要进行 腰椎穿刺术
腰椎穿刺术的目的：检查脑脊液

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下腰椎穿刺术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，具体的操作方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我操作的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险，任何所用药物都可能产生副作用。

2. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策：

1) 穿刺过程中可能会出现如下危险：

穿刺部位出血：包括皮肤、软组织出血，甚至椎管内出血、蛛网膜下血肿，严重可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍；

感染：穿刺部位皮肤或软组织感染，严重者可出现椎管内感染甚至中枢神经系统感染、败血症；

穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可能，造成肢体感觉、运动障碍，甚至瘫痪、尿潴留大小便失禁等；

有穿刺失败的可能，届时可能需要再次穿刺；

2) 术后可能出现如下危险：

化学药物刺激引起脑脊髓膜炎及白质脑病；

颅内压力升高，引起头痛、呕吐、抽搐、癫痫发作、蛛网膜下腔出血，严重时可引起脑疝、昏迷，脑功能性障碍，甚至呼吸心跳停止，乃至死亡；

术后低颅压综合征；

鞘内注射药物可引起急性蛛网膜炎，出现颅内压增高症状如头痛、呕吐等；

鞘内注射药物过敏，如：发热、皮疹，严重可出现过敏性休克、死亡。

3. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，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。

4. 我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名：

签名日期：

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名：[REDACTED] 与患者关系：[REDACTED]

签名日期：2020.5.10

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名：[REDACTED]

签名日期：2020.5.10