

安徽医科大学第四附属医院

肝脏穿刺术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 50 岁 住院号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 慢乙肝，自身免疫性肝炎可能，需要在局部麻醉下进行 肝组织活检 术。

肝脏穿刺术的目的是：

- 1、确定肝病的原因，对于一些其他方法不能确诊的肝病有一定的确定诊断价值。
- 2、确定肝病的严重程度，包括肝细胞变性坏死的程度和肝纤维化的程度，有助于确定治疗方案及判定预后。
- 3、治疗前后的两次或多次肝穿还有助于了解治疗效果。
- 4、有针对性的穿刺某些特殊部位，如肿瘤、囊肿、血管瘤等，进行相应诊断或治疗。

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下肝脏穿刺术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策：
 - 1) 穿刺局部感染、肝内感染、腹腔内感染或败血症；
 - 2) 局麻药过敏，药物毒性反应；
 - 3) 穿刺部位局部血肿，皮下气肿，穿刺损伤局部神经；
 - 4) 心血管症状：穿刺期间可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等；
- 5) 穿刺失败；
- 6) 渗液、渗血、出血，严重者发生失血性休克乃至死亡；
- 7) 穿刺管折断、遗留、堵塞等；
- 8) 肝脏破裂及肿瘤针道种植转移；
- 9) 损伤腹腔其他脏器，严重者需手术治疗；
- 10) 未能穿及并获取足够的肝脏组织；
- 11) 术后诊断仍不能明确；



安徽医科大学第四附属医院

肝脏穿刺术知情同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 50 岁 住院号:

12) 其它可能发生的无法预料或者不能防范的并发症。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、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。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

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。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患方签署意见(同意/不同意) 同意 患者签名

签名日期 2020 年 5 月 6 日 09 时 40 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:

患者授权亲属签名 与患者关系

签名日期 年 月 日 时 分

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 张勤 签名日期 2020 年 5 月 6 日 9 时 40 分

