

# 中国人民解放军南京军区南京总医院

姓名                      科室 泌尿外科 25 区 A 床号              ID 号                      住院号                     

## 影像介入科知情同意书

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有（右侧重复肾术后伴漏），需要在（局部麻醉）下进行以下介入微创手术：手术名称：右侧残余肾动脉栓塞术

### 手术潜在风险和对策：

医生告知我如下介入手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式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. 我理解任何手术及麻醉都存在风险；2. 我理解所用药物都可能产生副作用，包括轻度恶心、皮疹等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以下风险：

- 1) 过敏性反应：术中各种用药均可能造成皮肤过敏、呼吸困难、过敏性休克、溶血反应等。
- 2) 药物毒副作用：过敏反应、胃肠道反应、骨髓抑制、心肝肾功能损害、皮肤粘膜溃荡等。
- 3) 穿刺点并发症：局部血肿、假性动脉瘤或动静脉瘘形成、邻近脏器损伤。
- 4) 选择性插管相关并发症：血管痉挛、血管内膜损伤、血管破裂；血栓形成、附壁血栓或斑块脱落，造成相应供血组织、器官缺血、坏死。
- 5) 栓塞术相关并发症：发热、疼痛、胃肠道反应、肿瘤破裂出血、心肝肾功能衰竭；
- 6) 非靶器官（如脑、脊髓、胃、肠道、胆道、肺、肾、肢体、皮肤、软组织等）异位栓塞造成相应组织坏死、器官功能损害，严重者可导致死亡。
- 7) 严重心律失常：如心动过缓、室性心动过速、心室颤动、心室停搏等。
- 8) 急性心脑血管意外：如心肌梗塞，急性心衰、休克，脑出血、脑梗塞等。
- 9) 感染（包括局部和全身），感染性休克、DIC。
- 10) 解剖结构异常及其他原因造成手术不成功，或需分次手术。
- 11) 除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如：X线照射可引起脱发、白细胞下降，还对人体射线敏感器官（甲状腺、生殖腺、晶状体等）具有潜在的损伤，且可能具有致畸性、致瘤性危害；体内隐匿性疾病的诱发或原有疾病加重；其他不可预见之意外等。

4. 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。5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

**患者知情选择：**●我的医生已经告知我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我关于此次手术的相关问题。●我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整，风险一旦发生，本人授权医护人员按照医学常规予以处置。●我理解我的手术需要多位医生共同进行。●我并未得到手术百分之百的许诺。●我授权医师对手术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。

**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。

患者/授权亲属签名                      与患者的关系                      签名日期 2016 年 12 月 26 日

医生签名                      签名日期 2016 年 12 月 26 日