

湖南省人民医院放射科
增强计算机断层扫描知情同意书

姓名 性别 年龄 体重 kg 联系电话

增强计算机断层扫描（增强 CT），是根据患者的病情，一种帮助提高影像诊断的有效检查方法。检查过程中需注射含碘对比剂，因每位患者个体的特殊性等因素，该检查具有一定的侵入性及对比剂过敏等风险。现将相关风险告知如下：

1. 患者已向检查医务人员提供下列说明：

- 既往无使用碘剂发生不良反应的病史
- 糖尿病患者进行 CT 增强扫描前需停用二甲双胍类药物 48 小时
- 有 ☐ / 无 ☒ 甲状腺亢进
- 有 ☐ / 无 ☒ 严重肾功能不全、哮喘病史等

2. 碘对比剂一般安全可靠。但有极少数人因其体质的特殊，可能会发生难以预料的各种类型的过敏反应（如皮疹、瘙痒、呼吸困难、心慌等表现）。严重时可导致药物使用者出现过敏性休克甚至危及生命。

3. 使用高压注射器注射对比剂时，存在注射针头脱落、局部血管破裂的潜在危险。

4. 注射部位可能出现碘对比剂渗漏到血管外，引起被检者皮下组织肿胀、疼痛、麻木感，甚至溃烂、坏死。

5. 其他无法预料或难以防范的不良后果。

6. 无法配合的患者，检查时需要家属全程陪同。

7. 在本次检查中，在不可预见的情况下可能需要其他附加操作或变更检查方案。我授权医师在遇有紧急情况时，为保障被检者的生命安全实施必要的救治措施。

8. 我知道在本次检查开始之前，我可以随时签署拒绝检查的意见，以取消本知情同意书的决定。

9. 以上文本由医院提供，医务人员已经详细告知了上述内容，我同意使用该文本。我已知晓了以上内容，对医师详细告知该检查的各种风险完全知情。

经慎重考虑，我 ☒ 自愿同意 / ☐ 不同意 注射对比剂进行增强 CT 检查

患者（法定或委托代理人）签名：

日期： 2018 年 9 月 22 日