

# 常州市第一人民医院

## 苏州大学附属三院

### 经动脉血管介入治疗同意书

姓名: 科别: 介入放射科 病区: 十一病区 床号: 058 床 住院号:

患者因病于 2020 年 06 月 11 日入住我院介入放射科。根据患者病史、临床表现及相关辅助检查, 患者目前诊断为: 左肾破裂、失血性休克、多囊肾、肝囊肿, 由于治疗需要, 患者需要行肾动脉造影/栓塞术, 经医患双方充分沟通交流后拟于 2020 年 06 月 11 日 于 局部麻醉 下行 左肾动脉造影/栓塞术。

手术目的:

寻找出血点、栓塞出血血管

预期效果:

出血获得控制/部分缓解/未缓解

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下手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, 具体的手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、皮肤粘膜溃疡等。
- 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) 肾动脉栓塞术后导致肾功能不全、肾脓肿、肾痿等。
- 6) 栓塞术相关并发症: 发热、疼痛、胃肠道反应、心肝肾功能衰竭。
- 7) 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。
- 8) 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。
- 9) 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。
- 10) 感染(包括局部和全身), 感染性休克、DIC。
- 11) 解剖结构异常及其他原因造成手术不成功, 或需分次手术。
- 12) 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、致癌性危害; 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、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。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括上述所交待并发症以外的特殊风险：

---

一旦发生上述风险和意外，医生会采取应对措施。

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。

患者签名\_\_\_\_\_

签名日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

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

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解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名\_\_\_\_\_

签名日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日