

武汉市普爱医院 武汉市骨科医院
脑血管造影手术知情同意书

科别 神经内科1

病区 神经内科护士站

床号

住院病历号

姓名

性别 男

年龄 67岁

术前诊断：脑梗死 左侧颈内动脉重度狭窄；高血压病3级 极高危组；2型糖尿病；冠心病；

拟行手术名称：全脑血管造影术+左侧颈内动脉球囊扩张术+左侧颈内动脉支架植入术

脑血管造影手术中和手术后可能出现的并发症及不良后果列举如下：

1. 麻醉药过敏；
2. 造影剂过敏或副反应，如耳鸣、失明、癫痫甚至截瘫、死亡等；
3. 操作及造影部位血管损伤、出血、及远端血管栓塞、破裂出血；
4. 在患者搬运、准备以及造影过程中，可能出现动脉瘤或血管畸形的破裂出血，造成生命危险；
5. 肝肾功能不全；
6. 术中可能因脑血管痉挛、动脉硬化、血管迂曲等因素致导管和/或导丝无法到达既定部位，或患者不配合等因素，致造影中途中止；其中产生的费用由患者方承担；
7. 其他无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。

本医师已充分向患者和/或家属、近亲属（或授权委托人）交代。若发生所述情况，医务人员将按医疗原则予以尽力抢救，是否同意检查或治疗，请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名：

2018年1月23日 10时00分

本人系患者（或受患者委托的代理人），因患脑梗死 左侧颈内动脉重度狭窄 疾病，需行上述治疗。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受此治疗，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人医院，以后对此不提出异议。

（签署意见）

同意手术

患者（代理人）签名：

患者近亲属签名：

与患者的关系：

2018年1月23日 10时00分

本人系患者（或受患者委托的代理人），因患脑梗死 左侧颈内动脉重度狭窄 疾病，需行上述治疗。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人拒绝接受此治疗，由此导致的风险和后果由本人承担。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见）

患者（代理人）签名：

患者近亲属签名：

与患者的关系：

年 月 日 时 分

武汉市普爱医院 武汉市骨科医院

手术知情同意书

科别 神经内科1

病区 神经内科护士站

床号

住院病历号

姓名

性别 男

年龄 67岁

术前诊断：急性肠梗阻 肠系膜动脉栓塞？；脑梗死 左侧颈内动脉支架置入术后；高血压病3级极高危组；2型糖尿病；冠心病；

拟手术方式：急诊剖腹探查+必要时肠管切除术

患者因患 急性肠梗阻 肠系膜动脉栓塞？ 疾病，需行手术治疗。本医师针对患者病情，告知了目前可行的治疗方案、替代方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致，选择上述治疗方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术的条件，施行该手术可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属、代理人）交代说明，一旦发生所述情况，可能加重原有病情、出现新的病变（损害）甚至危及生命，医务人员将按医疗原则予以尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意，请书面表明意愿并签字。

手术者签名： 胡波

经治医师签名： 胡波

签字地点： 胃肠外科办公室

2018年 1 月 24 日 17 时 30 分

本人系患者（代理人），（患者）因患 急性肠梗阻 肠系膜动脉栓塞？ 疾病，在贵院治疗。经医师向我说明各种治疗方案的优、缺点后，我选择手术治疗。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共 10 条告知内容及替代方案，我已充分理解，且愿意承担上述风险，同意医师实施上述手术方案，同时授权委托医师可根据术中病情判断和患者利益调整手术方案，并授权委托医师对已切除的器官、组织进行合理的处理。医师以上说明我已充分理解，目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者（代理人）签名：

患者近亲属签名：

患者的关系：

武汉市第四医院
2018年 1 月 24 日 17 时 30 分
病历复印专用章

本人系患者（代理人），（患者）因患 急性肠梗阻 肠系膜动脉栓塞？ 疾病，需治疗。经医师向我交代各种治疗方案及替代方案的优、缺点后，我已充分理解以上说明及本页背面举例讲解的共 条告知内容，并充分理解拒绝手术的风险，仍决定拒绝接受上述手术治疗并承担相应后果。因系本人意愿，目前及以后对此不提出异议。

患者（代理人）签名：

患者近亲属签名：

与患者的关系：

年 月 日 时 分

手术知情同意书背面内容：

手术不良后果及医疗风险告知内容

手术前准备、手术中及手术后可能出现的并发症及不良后果告知（谈话）的基本内容列举如下：

- (1) 手术中、手术后可能发生隐性疾患突发。
- (2) 可能发生大出血。
- (3) 因解剖变异、严重粘连、可能无法避免地损伤周围及附近组织器官。
- (4) 可能无法手术切除，或切除后复发，需进一步治疗。
- (5) 手术中可能使用特殊医疗用品，如化疗泵、吻合器械等。
- (6) 手术中可能使用特殊治疗，如射频治疗、冷冻治疗等。
- (7) 手术后可能发生再出血，局部、全身感染，吻合口漏等。
- (8) 因以上原因等可能需要再次手术。
- (9) 各专科手术特有的并发症及不良后果等。
- (10) 其他无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。

手术医师已向患者(或受患者委托的代理人)交待上述 1-10 条款，

患者(或受患者委托的代理人)对拟行手术意见：☒ 1. 同意手术。 ☐ 2. 不同意手术。

患者（代理人）签名：

患者近亲属签名：

与患者的关系：

2018 年 11 月 20 日 17 时 50 分

病历复印专用章
(2)