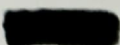




厦门医学院附属第二医院

侵入性操作同意书

姓名  性别 女 年龄 34岁 病区 血液风湿病房 床号  住院号 

一、疾病诊断与手术名称：

经过必要的检查和分析,术前诊断：原发性纯红细胞再生障碍性贫血

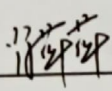
拟施手术(操作)名称：骨髓穿刺术

二、手术治疗的并发症和风险：

鉴于目前医学科学技术条件的限制，在术中、术后可能出现并发症和手术风险。现特向患者告知如下：

- 1、局部血肿或局部感染；
- 2、麻醉药过敏；
- 3、继发骨髓炎；
- 4、全身出血不止；
- 5、穿刺失败或标本取材欠满意可能需再次穿刺；
- 6、其它无法预测的并发症：如呼吸心跳骤停等。

目前，医师已做好相关手术前准备，并将尽可能提供合理的手术方案，以期达到最佳疗效，并就疾病诊断、手术方案以及手术治疗的并发症和风险向患者（患者委托、患者家属）做详细说明和解释。


手术组医师签名：


签字日期：2020-06-01 13:03:20

三、患者（患者委托代理人、患者家属）意见：

患者（委托代理人、患者家属）听取医师所做详细说明和解释，并在认真阅读上述内容、询问有关事后，经慎重考虑，表示完全理解以上手术方案和手术风险，愿意承担各项风险带来的后果，并配合医护人员共同完成手术。

是否愿意手术，签字为证。

患方意见：

患者签名：

患者家属签名：

（填同意或不同意）。

或患者委托代理人签名：

与患者关系：

签字日期：2020.6.1