



哈尔滨医科大学 附属第二医院

The 2nd Affiliated Hospital of Harbin Medical University

心包穿刺术知情同意书

姓名: 科室: 心血管内科重症监护室 病案号:

患者姓名: 性别: 男 年龄: 27 联系方式:

诊断:

患方在明确表示接受该检查(治疗)方案之前,医师已经将检查(治疗)的方法和检查(治疗)中、检查(治疗)后的并发症及其他风险、可能的后果等情况对患方进行了告知,患方对医师告知的内容已经清楚并理解,可能发生医疗意外及并发症包含但不仅限于如下内容:

- 1) 穿刺部位出血、血肿;
- 2) 感染;
- 3) 心包填塞,需急诊开胸手术;
- 4) 血胸、气胸、血气胸,需要放置胸腔闭式引流;
- 5) 迷走神经反射引起低血压、心动过缓等;
- 6) 穿刺失败,恶性心律失常发生;
- 7) 心、脑血管意外,猝死;
- 8) 急性左心衰,需要紧急气管插管,呼吸机辅助呼吸;
- 9) 肝、肾、肺等脏器损伤,严重者需要进行相关脏器的修补手术;
- 10) 其他难以预料的并发症与意外。

根据患者情况需特殊交待:

我们在认真检查分析患者病情的基础上,提出上述诊疗措施,并严格按照有关规定实施,医师已向患方详细交待和解释了以上所有检查(治疗)风险,这些并发症发生后可能导致患者身体器官严重功能障碍,甚至留下终身残疾,严重的还可能危及患者生命。

意外情况知情同意:由于现有医疗科技水平所限,除了医师告知的危险以外,检查(治疗)中仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他危险,从考虑患者利益角度出发,应按照医学常规予以处置,尤其是发生紧急、危险情况时,患方同意 ☒, 不同意 ☐ 医师可以即时处置。

负责医师意见:上述情况已由医师告知患者本人(或其委托人),医生认为本病是心包穿刺术适应证,建议行心包穿刺术,若同意,请患者本人或其委托人签署意见并签名认可。

(签名或盖章) 林琳

患者意见: _____

受委托人意见: 同意

患者签名: _____

受委托人签名
(与患者关系):

记录时间