

西部战区总医院

心脏电生理介入诊疗知情同意书

患者姓名	性别	年龄	病历号
------	----	----	-----

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 窦性心动过速，需要在 局 麻醉下进行

- ☐ 电生理检查术 ☐ 射频消融术
☒ 临时起搏器置入术 ☐ 永久性心脏起搏器置入术 ☐ 植入型心脏转复除颤器置入术
☐ 先天性心脏病介入性治疗 (房缺 室缺 动脉导管未闭 肺动脉瓣狭窄 其他)
☐ 冠状动脉造影 ☐ 左心室造影 (左室、左房)
☐ 瓣膜成形术 ☐ 右心造影 (右房、右室) ☐ 右心导管检查
☐ 周围血管造影 (升主动脉、腹主动脉、支气管动脉、颈动脉、肺静脉、腔静脉、肾动脉)
☐ 血管内超声 ☐ 主动脉球囊反搏
☐ 其他 (含直流电复律、除颤) _____ 手术。

手术简介:

- (1) 心导管检查是根据病人的实际情况将特制的、有一定硬度且不透 X 线的导管，经周围血管送到心脏和血管的指定部位，根据心导管的走行路线，测定心血管各部分的压力及血氧含量，计算心排量、分流量及血流阻力，分析压力曲线的波形和数值，了解解剖结构变化，以帮助诊断和鉴别诊断，为治疗提供依据，并判断治疗效果的技术。包括左、右心导管检查术和选择性心血管造影。其检查内容有血流动力学、压力测定、选择性血管造影 (心房、心室、肺动脉等)、血氧含量、分流量以及心排血量的测定等。
- (2) 心脏电生理检查和射频消融治疗是根据病人的实际情况将特制的、有一定硬度且不透 X 线的电生理导管，经周围血管送到心脏和血管的指定部位，通过电生理检查仪器描记心腔内电图等相关信息，根据检查结果帮助诊断和鉴别诊断，为进一步射频消融治疗提供依据等。
- (3) 永久性心脏起搏器和植入型心脏转复除颤器是根据病人的实际情况将具有特制的起搏 (和/或除颤) 电极导线在 X 线指导下经周围血管送到心脏和血管的指定部位，通过测试确定起搏和感知或除颤功能良好后，与起搏器或植入型心脏转复除颤器与置入的电极导线相连，埋藏于胸前皮下或胸大肌下进行起搏 (和/或) 除颤治疗等。
- (4) 临时心脏起搏植入术是根据病人的实际情况将具有特制的临时起搏电极导线在 X 线或床旁非 X 线指导下经周围血管送到心脏的指定部位，通过测试确定起搏和感知功能良好后，与体外临时起搏器相连，进行临时性心脏起搏治疗心动过缓或终止心动过速等。
- (5) 先天性心脏病介入治疗是根据病人的实际情况在经左、右心导管检查的基础上，将特制的、有一定硬度且不透 X 线的导管、封堵装置或扩张球囊，经周围血管送到心脏和血管的指定部位进行封堵或球囊成型，评价治疗效果等。

手术目的:

- 通过心内电生理检查对心律失常进行诊断和危险分层;
 通过消融手术根治或部分缓解快速性心律失常;
 通过心脏起搏缓解缓慢性心律失常的症状或降低猝死的发生，部分患者通过心脏再同步化治疗达到部分或完全缓解心衰症状，降低死亡率;
 通过心脏转复除颤器终止快速性心律失常或及时除颤降低猝死的发生率;
 通过对先天性心脏病异常通道的封堵或狭窄瓣膜扩张成形，达到改善血流动力学或根治目的;
 其他。

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下诊疗操作可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术方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. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

知 2021.3.1

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。

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

● 我授权医师对手术切除的病变器官、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。

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 父女 签名日期 2021 年 3 月 1 日

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并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 _____ 签名日期 2021年3月1日

经颈内静脉穿刺肝内门体分流术 (TIPS) 知情同意书

患者姓名	性别	年龄	f	ID号	床号
------	----	----	---	-----	----

一、疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 乙型肝炎肝硬化失代偿、食管胃底静脉曲张破裂出血，需要在局部麻醉下进行 经颈内静脉穿刺肝内门体分流术 (TIPS)。

正常情况下，门静脉收集来自脾静脉及肠系膜上静脉内的血液，经肝脏内各级血管，最后汇集于肝静脉内，流回下腔静脉中。肝硬化时，由于肝脏实质纤维化等改变，使得门静脉内向肝脏方向的血流受阻，门静脉内压力升高，导致出现侧枝循环，常见食道-胃底静脉曲张，往往因此引起上消化道出血。

手术目的：通过颈内静脉穿刺插管，将导管在透视引导下放入肝静脉肝内段，由肝静脉向门静脉分支肝内段穿刺，置入支架，连同肝静脉于门静脉，使门静脉内血流经支架形成的管道流向肝静脉，从而降低门静脉内的压力，使食道-胃底静脉曲张程度降低，达到止血效果，同时降低因食道-胃底静脉曲张破裂出血的再发生率。必要时术中行胃底静脉栓塞，进一步减少胃底静脉曲张出血的发生率。

二、替代方案的选择：针对您（家属、）的疾病，目前在我院还有以下几种治疗方案，医生会为您介绍各种治疗方案的性质、相对优缺点、对您的损害及大致费用等情况，请您认真考虑，并做出选择。可供选择的 其他替代方案：

- 1、内科保守治疗：（优点：费用低。缺点：再出血机率高，可危及生命。）
- 2、内镜下介入治疗（食管胃静脉曲张套扎、硬化及组织胶治疗）（优点：急诊止血率高。缺点：不能解决门脉高压，可出现再出血。）
- 3、外科手术（优点：可同时行脾切除及门奇断流术。缺点：术后已出现门脉血栓，影响后续治疗。）
- 4、肝移植（优点：可彻底解决肝硬化。缺点：费用昂贵，肝源稀少。）

我确定在听取医生对上述各种治疗方式及其利弊的仔细讲解后，对上述各种治疗方式有了清晰的认识，并决定选择治疗方式为：

三、手术潜在风险和对策：

医生告知我如下介入手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，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. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状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风险及医生的对策：
 - 1) 过敏反应：术中所用药物（造影剂、麻醉剂等）可能造成皮肤过敏、呼吸困难、过敏性休克、溶血反应等；
 - 2) 穿刺点并发症：局部血肿、假性动脉瘤、动-静脉瘘、邻近脏器损伤、局部感染；
 - 3) 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；
 - 4) 血管腔内成型相关并发症：术中血管痉挛、血管内膜损伤、血管破裂；术中、术后支架内急性血栓形成、支架移位；术后支架再狭窄；可能需要再次进行修整术；
 - 5) 可能出现胆漏，导致胆汁性腹膜炎；
 - 6) 造影剂引起的毒副作用：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；
 - 7) 气胸，心脏意外，呼吸心跳骤停，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，导致猝死；
 - 8) 急性心肌梗塞，急性心衰、休克。

（续下页） （第一页签名处） 患方签名： (指印) 医生签名：

中国人民解放军西部战区总医院

- 9) 切口延迟愈合或裂开;
- 10) 导丝断裂, 血栓脱落所致栓塞;
- 11) 对局部脏器的损害, 一过性肝损害;
- 12) 术后可能出现肝性脑病;
- 13) 术中术后可能出现应激性出血;
- 14) 应激性血糖增高
- 15) 急性肾功衰
- 16) 术后未达预期效果
- 17) 术中可能大出血导致死亡
- 18) Tips术后造成的慢性肝损害
- 19) 解剖结构异常及其他原因造成手术不成功, 或需分次手术。
- 20) 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:

四、特殊风险或主要高危因素:

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、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。

五、患者知情选择

我的医生已经告知我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并且解答了我关于此次手术的相关问题。

我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整, 风险一旦发生, 本人授权医护人员按照医学常规予以处置。

我理解我的手术需要多位医生共同进行。

我并未得到手术百分之百的许诺。

我授权医师对手术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。

我的医生已告知我该治疗中部分费用为自费项目, 社保及各种商业保险可能不予报销。

我授权医师对手术切除的病变器官、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: _____ 指印 (☒ 右食指印 ☐ 左食指印) 签名日期 2021 年 2 月 27 日

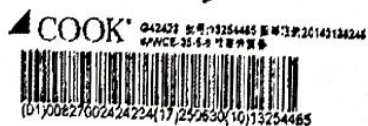
如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: _____ 指印 (☒ 右食指印 ☐ 左食指印) 与患者关系 父女
签名日期 2021 年 2 月 27 日

六、医生陈述:

我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: _____ 签名日期 2021 年 2 月 27 日



3D TIPS置入系统

不得二次使用

【注册证号】国械注准20142130221

【产品名称】经导管介入治疗系统

【注册人名称】威高集团

【生产地址】山东省威海市环翠区

【代理经销商】威高集团

【生产日期】2020-05-18

【有效期至】2023-05-18

【注册证号】国械注准20142130221

【产品名称】经导管介入治疗系统

【注册人名称】威高集团

【生产地址】山东省威海市环翠区

【代理经销商】威高集团

【生产日期】2020-05-18

【有效期至】2023-05-18

【注册证号】国械注准20142130221

【产品名称】经导管介入治疗系统

【注册人名称】威高集团

【生产地址】山东省威海市环翠区

【代理经销商】威高集团

【生产日期】2020-05-18

【有效期至】2023-05-18

【注册证号】国械注准20142130221

【产品名称】经导管介入治疗系统

【注册人名称】威高集团

【生产地址】山东省威海市环翠区

【代理经销商】威高集团

【生产日期】2020-05-18

【有效期至】2023-05-18

【注册证号】国械注准20142130221

【产品名称】经导管介入治疗系统

【注册人名称】威高集团

【生产地址】山东省威海市环翠区

【代理经销商】威高集团

【生产日期】2020-05-18

【有效期至】2023-05-18