

# 安徽医科大学第一附属医院高新院区 介入诊疗知情同意书

姓

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有[胃上腹腺体恶性肿瘤]，需要在[局部]麻醉下进行

☒ 良、恶性肿瘤经导管化疗和/或栓塞术

☐ 经皮穿刺肿瘤化学/物理消融术

☐ 经皮穿刺活检术

☐ 非血管管腔狭窄球囊成形及内支架植入/取出术

☐ 经皮穿刺胆道引流/活检术

☐ 经皮穿刺囊肿/脓肿引流术

☐ 胆道探查及T形管置换术

☐ 经皮穿刺胃造瘘及胃空肠造瘘术

☐ 椎体成形术

☐ 血管造影及栓塞术

☐ 血管管腔狭窄球囊成形及内支架植入术

☐ 经皮血管内异物取出术

☐ 动脉瘤带膜支架腔内隔绝术

☐ 动脉瘤载瘤动脉及动脉瘤栓塞术

☐ 经导管溶栓、取栓术

☐ 下腔静脉滤器植入术

☐ 血管畸形腔内硬化治疗

其他：[ ]手术

(1) 血管介入检查/治疗是根据病人的实际情况将特制的导管等介入器材，经血管送至病变部位，根据造影表现，了解病变区域的解剖及病理结构变化，以帮助诊断或进行病变血管成形、栓塞、注药或异物取出等治疗的微创技术。

(2) 非血管介入性检查/治疗是根据病人的实际情况通过经皮穿刺路径或经人体的非血管管腔送入特制的导管等介入器材，进行肿瘤活检、引流、管腔成形或异物取出等诊断和治疗操作的微创技术。

手术目的：

1. 通过血管、非血管造影或活检，协助诊断肿瘤及血管病。

2. 通过血管内注药或化学、物理消融的方法，杀灭肿瘤，延长患者的生存期，改善患者的生存质量。

3. 行血管或非血管管腔成形，缓解梗阻症状，挽救、改善缺血或梗阻器官功能。

4. 其他：[ ]

**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，具体的手术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、假性动脉瘤或动-静脉瘘形成、邻近脏器损伤。

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。

5) 造影剂、化疗药物引起的毒副作用：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；

6) 栓塞治疗相关并发症：栓塞后发热、局部疼痛、胃肠道反应；栓塞剂异位栓塞造成相应组织、器官功能损害。

7) 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。

8) 急性心肌梗塞。

9) 急性心衰、休克。

10) 感染（包括局部和全身）。

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：[ ] [ ]。

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。

**特殊风险或主要高危因素**

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

[ ]

**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。

患者签名 [ ] 日期[2020年9月20日]

如果患者无法 [ ] 权的亲属在此签名：

患者授权亲属 [ ] 与患者关系 [关系定位]

签名日期[ 年 月 日 ]

**医生陈述：**

我已经告知患者将要施行的麻醉方式、此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、根据手术治疗的需要更改为其他麻醉方法的可能性，并且解答了患者关于此次麻醉的相关问题。

医生签名 [医生签名] 签名日期 [2020年9月20日]

