

手术知情同意书

尊敬的患者：

您好！根据您目前的病情，您有此手术适应症，医师特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中拟使用高值医用耗材和仪器、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，作出选择。

一、身份信息

患者姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：70岁 科室：神经内科 住院号：[REDACTED]

二、医生告知

【术前诊断】 1. 脑梗死 2. 左侧颈内动脉闭塞 3. 肺栓塞

【拟行手术指征及禁忌症】 2020-06-30胸部CT及头颈部CTA：1、双肺动脉主干及其部分分支栓塞。2、右肺中叶内侧段少许慢性炎症。3、主动脉及冠状动脉硬化。4、肝S4段钙化灶。5、左侧基底节区低密度影，考虑梗死。6、脑萎缩，脑白质脱髓鞘改变。7、左侧颈内动脉颈段部分节段造影剂显影浅淡，左侧颈内动脉颅内段及左侧大脑中动脉M1段闭塞。8、右侧颈内动脉眼段少许钙化。有介入手术适应症；现无手术绝对禁忌。

【手术目的】 开通闭塞血管，减轻脑缺血症状。

【建议拟行手术名称】 全脑血管造影术+左侧颈内动脉系统闭塞机械取栓+球囊成形+支架植入术。

【拟行手术日期】 2020年6月30日

【拒绝手术可能发生的后果】 病情加重，甚至死亡。

【替代医疗方案及风险】

根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式：抗血小板集聚、改善循环、扩容等药物治疗及康复治疗。存在药物治疗疗效不佳，病情反复、进展加重等风险。

【患者自身存在高危因素】 长期吸烟、饮酒等危险因素。

【高值医用耗材】 术中可能使用的高值医用耗材：抽吸导管、支架、保护伞、部分导管、导丝、血管封堵器。部分材料是自费的。医保、社保、商业保险、异地医保、公费医疗患者，关于手术费、手术材料费、术中药品费等相关费用报销按相关规定执行，相关事宜请术前向我院医保办公室咨询。

☐ 自费 ☒ 部分自费 ☐ 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）

【术中或术后可能出现的并发症、手术风险】

任何手术及麻醉都存在风险，甚至危及生命。

任何所用药物都可能产生副作用。包括轻度的恶心、皮疹等症到严重的过敏性休克甚至危及生命。

1、过敏反应（包括造影剂及麻醉剂）。造影剂可引起肾功能损害（造影剂肾病甚至肾功能衰竭需要长期透析）。

2、严重心律失常甚至危及生命（如：室上性心动过速、心室颤动、心室停搏）。

3、感染（穿刺点局部或全身）

4、急性心肌梗死、急性心衰、休克。

内页内容超过一页，请患方在每一页最下方签字。代表患方知晓上述内容。患方签字：[REDACTED]

- 5、术前诊断和术后诊断可能完全不符合。
- 6、血栓栓塞（由于脑血管斑块或心脏栓子脱落引起脑血管栓塞）。
- 7、导丝、导管断裂或打结，介入器械断裂或脱落，需要经外科手术取出或专门介入器械取出等。
- 8、血管造影未发现病变，可能需择期再次检查。
- 9、手术引起腹膜后血肿，需要外科手术处理，甚至危及生命。
- 10、穿刺不成功，导丝、导管不能到位，导致诊疗不能完成。
- 11、手术中血管痉挛、动脉夹层形成、血栓形成或血管破裂导致严重后果，甚至危及生命。
- 12、术中、术后穿刺点出血、渗血、血肿形成、假性动脉瘤形成、动静脉瘘等，需要进一步治疗（包括外科手术等）术中损伤神经、邻近器官或相应血管。
- 13、放射线可能造成损伤。
- 14、术中、术后出现缺血发作、昏迷、肢体瘫痪、失语、癫痫、失明、植物状态等神经功能受损甚至危及生命；出现颅内出血（包括颅内及静脉大出血）、严重脑水肿，需要外科手术处理，新梗死灶术后出血，甚至危及生命。
- 15、急性、亚急性、晚期支架内血栓形成，支架晚期贴壁不良、支架内血栓形成、血管堵塞。
- 16、术后高灌注综合征导致颅内出血、甚至危及生命。
- 17、术中、术后患者出现下肢动静脉血栓、栓塞、下肢疼痛需要进一步治疗。
- 18、术中、术后其他并发症出现。
- 19、术中、术后低血压、心律失常，甚至不能恢复正常。
- 20、手术不成功或不能达到预期效果；支架或球囊不能到位、支架脱落、支架位置不理想、术前判断和术后判断不完全符合，不需要或者需要植入多个支架或使用多个球囊。
- 21、闭塞血管不通或血栓量增加阻塞其他血管或血管通后出血；
- 22、其他无法预知的风险。

其他情况说明：大多数病变经过手术治疗可痊愈或好转，仍可能出现复发、医治无效或出现以上并发症、意外猝死等风险。

我们针对上述可能发生的并发症已做好应对措施，一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限及个人体质的差异，意外风险在任何医院均不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可能预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

【术后主要注意事项】 1. 术后监护生命体征、抗凝治疗、控制血压防治高灌注颅内出血。2. 观察股动脉穿刺点，防治穿刺点血肿、假性动脉瘤。3. 出现迷走神经反射等导致低血压、心动过缓等需要持续药物维持治疗。4. 出现其他并发症后及时处理。

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知晓并理解了上述信息。

医师签字：____ 签字时间：2022年6月30日11时00分 签字地点：医生办公室

术者签字：____ 签字时间：2022年6月30日11时00分 签字地点：医生办公室

如主管医生和手术医生为同一人，只需签署术者签字一栏

三、患者及委托代理人意见

我及委托代理人确认：医师向我解释过我的病情及所接受的手术，我了解手术可能出现的风

险、效果及预后等情况，并知道手术是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，术中或术后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此手术，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该手术及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。我理解部分材料是自费的，医保、社保、商业保险、异地医保、公费医疗患者，关于手术费、手术材料费、术中药品费等相关费用报销按相关规定执行。

(请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样)

我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明
我 王军 (填要求) 接受该手术方案并愿意承担手术风险。并授权医师：术中或术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的手术方案实施必要的抢救。

患者签字：_____ 患者非完全民事行为能力时，委托代理人签字：_____

签字时间：2020年6月11日11时00分 签字地点：璧山区人民医院

我 _____ (填拒绝) 接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。

患者签字：_____ 患者非完全民事行为能力时，委托代理人签字：_____

签字时间：_____年____月____日____时____分 签字地点：_____

【备注】如果患方拒绝签字，请医生在此填写沟通时间、地点（有监控处）、周围是否有其他见证人，同时在病程中做好记录。此份同意书归入病历中存档。