

重庆市第五人民医院

脑血管造影+必要时左侧锁骨下动脉血管成形术+必要时 左侧椎动脉血管成形术知情同意书

患者姓名： 性别：男 年龄：84岁

科室及病区：神经内科 床号：39床 住院号：

科室及病区：神经内科 床号：39床 住院号：

您好！患者现患有疾病：小脑梗死；脑动脉狭窄；高血压病，根据目前病情可选择以下

您好！患者现患有疾病：小脑梗死；脑动脉狭窄；高血压病，根据目前病情可选择以下

下治疗方案：

1. 介入治疗（脑血管造影+侧椎动脉血管成形术）

2. 外科手术（动脉内膜剥脱术）

3. 单纯内科药物治疗

在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行脑血管造影+必要时左侧锁骨下动脉血管成形术+必要时左侧椎动脉血管成形术治疗。

就患方选择的治疗方案，特告知可能出现以下一些风险或意外情况，但不常规的风险可能没有在此完全列出：

1) 过敏反应：术中所用药物（造影剂、麻醉剂、肝素、尼莫地平、罂粟碱、溶栓剂等）可能导致过敏反应，包括皮肤过敏、呼吸困难、过敏性休克、溶血、血栓形成等，严重者可危及生命。

2) 造影剂引起肾损害（造影剂肾病甚至肾功能衰竭，需要长期血透治疗）。

3) 穿刺点（股动脉/桡动脉）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，因同时抗凝、抗血小板聚集治疗，以及患者存在血管硬化，极少数情况下，可能发生穿刺点局部大出血，张力性血肿，需要再次介入手术以及外科治疗，严重者可危及生命。

4) 导管推送过程中可引起相关动脉痉挛损伤、闭塞甚至无脉症（股动脉/桡动脉）；导管推送过程中动脉粥样硬化斑块引起全身动脉异位栓塞（包括脑栓塞、肢体动脉栓塞、蓝趾/指综合征、肾动脉及肠系膜动脉栓塞等）。

5) 选择插管及血管成形术导致靶血管（椎动脉、颈总/颈内动脉、颅内动脉）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等，导致颈部血肿、甚至窒息、脑梗塞、脑出血等，需进一步治疗，严重者可危及生命。

6) 突发心脏疾病（包括严重的心律失常、心肌缺血、心肌梗塞、急性心衰、休克甚至猝死等）危及生命。

7) 患者病情加重（包括术前可能存在的高血压、糖尿病、脑梗塞、冠心病等合并症）或上述并发症导致的多器官衰竭而危及生命。

8) 导管、导丝折断，需进一步介入手术或外科手术处理。

9) 脑梗塞是椎动脉支架植入术最严重的并发症之一，为术中动脉斑块脱落，造成相应部位脑卒中，严重者可危及生命。

10) 手术的目的是改善椎动脉狭窄程度，增加椎动脉供血，减少斑块自发脱落，改善椎-基底动脉系统供血，减少后循环脑梗死的发生。然而术后患者仍有发生后循环脑梗死之可能。

11) 一般情况下，椎动脉斑块脱落风险较低，临床较少使用脑保护装置。使用脑保护装置可以进一步减少脑梗塞的风险（脑保护装置并不是绝对保证不发生脑梗塞，且脑保护装置也可能发生相应的并发症：血管损伤、回收困难等）。脑保护装置属于非医保项目，患者及家属同意使用，需要签名确认同意使用。患者或家属签名：_____。

12) 有可能出现动脉夹层、动脉破裂，甚至危及生命。

13) 开通椎动脉后，后循环血流量增加，术后脑过渡灌注损伤，多可导致脑水肿，甚至出现脑出血，危及患者生命。

13) 支架植入后再狭窄/闭塞、急慢性支架内血栓形成、支架定位不良、支架穿通动脉、支架移位及断裂，需要进一步介入或外科手术治疗，严重者可危及患者生命。

14) 支架定位不良。血管支架为永久性植入，一旦植入，无法取出。

17) 全身或局部感染。

18) 解剖结构异常及其他原因造成手术不成功或不能完成手术。

19) 其它难以预料的意外情况。

20) 有手术失败或不能完成手术的可能性，不能因此而拒绝支付相关费用。

我们在诊治过程中将尽力预防以上风险或意外情况的发生，但就目前的医疗科学水平尚不能完全避免上述情况。一旦发生上述风险或意外情况，我们将会采取积极应对措施，但可能导致实际费用较预计费用明显增加，医保病人会使用非医保类药物或材料，需要病人自付。

告知人签名：_____ 签名日期：2018 年 1 月 16 日

患方意见:

1. 医务人员已告知我所选择的 脑血管造影+必要时左侧锁骨下动脉血管成形术+必要时左侧椎动脉血管成形术 治疗可能发生的风险和意外情况,且解答了我关于此次手术/治疗措施的相关问题。

2. 我理解任何手术/治疗都存在风险,我自愿承担因手术/治疗带来的不良后果。

3. 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。

4. 我理解我的经管医生会尽力积极治疗,但未许诺诊治百分之百成功。

5. 我授权医师对诊治切除的病变器官、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。

6. 我明白我签署此知情同意书是告知我病情,我明白我签署同意书并非意味着我放弃我的合法权益,不意味着医院免责。

因此:我 ☒ 同意 ☐ 不同意

行 脑血管造影+必要时左侧锁骨下动脉血管成形术+必要时左侧椎动脉血管成形术

患者签名: _____

患者家属或受托人签名: _____ 与患者关系: 女儿

患者无法签名的原因: _____

签字日期: 2018 年 5 月 16 日

重庆市第五人民医院

主动脉夹层介入治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 84

科室及病区: 外科 床号: 39 ID号: [REDACTED]

尊敬的患者、患者家属或授权委托人:

您好! 患者现患有疾病: 后循环梗死, 左侧椎动脉狭窄, 左侧锁骨下动脉狭窄。在左侧锁骨下动脉血管成形术中出现主动脉夹层, 根据目前病情可选择以下方案:

1. 保守治疗, 2. 在全麻下进行主动脉夹层覆膜支架介入治疗。

在向患方说明各治疗方案并告知利弊后, 患方基于当前病情需要, 经慎重考虑, 自愿选择行 在全麻下主动脉夹层覆膜支架介入治疗。

就患方选择的治疗方案, 特告知可能出现以下一些风险或意外情况, 但不常规的风险可能没有在此完全列出:

1) 在主动脉夹层覆膜支架置入中, 覆膜支架需开窗避免左侧锁骨下动脉开口处被覆盖, 但术中仍有可能对接不准确导致左侧锁骨下动脉被覆盖闭塞而出现上肢缺血坏死以及后循环梗死, 同时由于患者右侧椎动脉已闭塞, 故左侧锁骨下动脉闭塞可能导致脑干功能衰竭死亡。此外, 主动脉覆膜支架置入可能导致主动脉分支脊髓供血动脉闭塞而出现脊髓缺血坏死、截瘫及尿便障碍。

2) 麻醉及造影剂并发症: 造影剂过敏者轻度皮疹、恶心, 严重者可致过敏性休克, 危及生命; 造影剂引起肾损害(造影剂肾病甚至肾功能衰竭需要长期血透治疗);

3) 感染(包括局部及全身); 急性心衰、休克;

4) 术中、术后可能出血及血肿形成, 主动脉夹层、动静脉瘘、假性动脉瘤、肾脏包膜下血肿、腹膜后血肿, 大出血需输血治疗, 必要时需外科手术等;

5) 急性、亚急性、晚期支架内血栓; 血栓支架晚期贴壁不良, 支架断裂, 靶血管再狭窄等;

6) 严重心律失常(有室速、室颤、心室停搏及紧急电除颤等);

7) 导管断裂、打结; 介入器械的断裂需外科取出;

8) 导管推送过程中可引起相关动脉痉挛损伤、闭塞甚至无脉症(经肱动脉、桡动脉通路); 导管推送过程中动脉粥样硬化斑块引起全身动脉栓塞(包括脑栓塞、蓝趾综合征以及肠系膜动脉栓塞等);

9) 术中损伤神经、邻近器官及相应的血管;

10) 下肢静脉血栓、肺栓塞;

11) 桡动脉径路介入操作并发症: 桡动脉闭塞、周围神经损伤、骨筋膜室综合征、气胸、血胸、脑栓塞等;

12) 手术后封堵器伤口渗血、血肿、封堵部位残余瘘、假性动脉瘤或动脉

脉瘘;

13) 手术失败, 效果不好;

14) 有些患者, 术中及术后发生全身及心脑血管意外, 可能危及生命, 甚至导致死亡;

15) 抗栓药物引起严重的内脏出血, 包括脑出血, 消化道出血等;

16) 其他(如X线机械或相关仪器故障、特殊介入器械引起的并发症);

17) 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_____

我们在诊治过程中将尽力预防以上风险或意外情况的发生, 但就目前的医疗科学水平尚不能完全避免上述情况。一旦发生上述风险或意外情况, 我们将会采取积极应对措施, 但可能导致实际费用较预计费用明显增加, 医保病人会使用非医保类药物或材料, 需要病人自付。

告知人签名: 范 签名日期: 2019 年 5 月 17 日

患方意见:

患方意见:

1. 医务人员已告知我所选择的主动脉夹层介入治疗可能发生的风险和意外情况, 且解答了我关于此次手术/治疗措施的相关问题。

2. 我理解任何手术/治疗都存在风险, 我自愿承担因手术/治疗带来的不良后果。

3. 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。

4. 我理解我的经管医生会尽力积极治疗, 但未许诺诊治百分之百成功。

5. 我授权医师对诊治切除的病变器官、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。

6. 我明白我签署此知情同意书是告知我病情, 我明白我签署同意书并非意味着我放弃我的合法权益, 不意味着医院免责。

因此: 我 ☒ 同意 ☐ 不同意 行在全麻下进主动脉夹层覆膜支架介入治疗。

患者签名: _____

患者家属或受托人签名: [黑] 与患者关系: 女

患者无法签名的原因: _____

签字日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日