

胸腔穿刺知情同意书

患者 [REDACTED]	性别 <u>男</u>	年龄 <u>74岁</u>	病历号 [REDACTED]
科室 <u>重症医学科</u>	床号 [REDACTED]	入院时间 <u>2018年02月19日</u>	

疾病介绍和治疗建议
 医生已告知我临床诊断：重症肺炎、气胸，需要行胸腔穿刺术。

操作潜在风险和对策

1. 胸膜反应
2. 气胸、血胸
3. 局部蜂窝组织炎及胸腔内感染
4. 麻醉意外
5. 肺复张后肺水肿
6. 因胸膜粘连等原因导致穿刺不成功
7. 局部血肿形成
8. 其他无法预料的意外
9. 可能需要另一侧胸腔穿刺或此次住院期间多次胸腔穿刺。

应对措施

- 1、由经验丰富的医师参与操作。
- 2、为最大程度减少以上并发症出现，我们将严格按照操作规范操作，严格无菌操作。尽可能做好麻醉，把握进针深度和部位，掌握液体出量及速度，如术中术后出现以上情况，我们将积极处理，将痛苦及风险减少到最低程度。
- 3、术后严密观察病情变化，及时复查胸片。
- 4、每日评估，病情允许尽早停用并拔除胸腔导管。

患者知情选择

- 1、我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。
- 2、我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 3、我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 4、我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 5、我同意此后可能进行反复多次行胸腔穿刺术。

患者或授权亲属签名 [REDACTED] 与患者关系 [REDACTED] 签名日期 2018年02月24日
 （如果患者无法签署 [REDACTED] 请其授权的亲属在此签名）

医生陈述
 我已经告知患者将要进行的操作方式、此次操作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操作的相关问题。

医生签名 周[REDACTED] 签名日期 2018年02月24日