

Informed consent was obtained from the patient's parents in this study.

华中科技大学同济医学院附属协和医院  
纤维支气管镜检查知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 19 病区 呼吸 床号 22 住院号 [REDACTED]

本人系患者（或者患者委托的代理人），因患 叶状肺炎 疾病，  
需行纤维支气管镜检查。医师已告知可能发生的医疗和不良后果，本人已充分  
理解，同意接受纤维支气管镜检查，并愿意承担相应的风险和后果。因系本人  
意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见） 滕

患者（受权委托人）签名： [REDACTED]

患者近亲属签名（注明与患者的关系）： \_\_\_\_\_

2021 年 1 月 28 日 11 时 05 分

---

本人系患者（或者患者委托的代理人），因患 \_\_\_\_\_ 疾病，  
需行纤维支气管镜检查。医师已告知可能发生的医疗和不良后果，本人拒绝接  
受纤维支气管镜检查，由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿，  
以后对此不提出异议。

（签署意见） \_\_\_\_\_

患者（受权委托人）签名： \_\_\_\_\_

患者近亲属签名（注明与患者的关系）： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 \_\_\_\_ 时 \_\_\_\_ 分

IP: 172.30.20.15  
User: \_\_\_\_\_  
Date: 2021-08-05

华中科技大学同济医学院附属协和医院  
纤维支气管镜检查知情同意书谈话内容

纤维支气管镜检查术中和术后可能出现的并发症及不良后果：

- 1.病人病情重，复杂或原有其他隐匿性疾患，手术可能加重病情而突然发生意外；
- 2.可能发生麻醉意外而致呼吸、心跳骤停；
- 3.术中可能因过度精神紧张而突然出现血压下降，呼吸、心跳骤停；
- 4.术中可能损伤血管，导致大出血、休克等并发症；
- 5.术后可能发生局部或全身感染；
- 6.术中、术后可能出现气胸、呼吸困难、缺氧而危及生命；
- 7.可能不能获得阳性结果，对诊断无帮助；
- 8.其他可能发生的无法预料或者不能防范的并发症等。

谈话医师签名： 杨

2021年1月28日11时5分

杨 医生已交待 8 条谈话内容，我已充分理解，

陈 （同意/不同意）手术。

患者（授权委托人）签名                     

患者近亲属签名（注明与患者的关系）：                     

                     年                      月                      日                      时                      分

IP:172.30.20.15

User:

Date:2021-08-05



华中科技大学同济医学院附属协和医院  
穿刺操作知情同意书

姓名                      性别 女 年龄 19 科别 呼吸 病区 J5 床号 12 住院病历号                       
诊断: 肺部结节

拟行穿刺手术名称: CT下经皮肺穿刺

患者因患上述疾病,需行穿刺操作。本医师针对患者病情,告知了目前可行的治疗方案,且说明了优、缺点。经向患方充分告知,医患达成一致,选择上述穿刺操作方案。由于病情的关系及个体差异,依据现有医学科学技术的条件,施行该操作可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者(患者近亲属、代理人)交代并说明,一旦发生所述情况,可能加重病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意进行,请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名: 苏

日期: 2021 年 1 月 18 日 18 时 00 分

本人系患者(代理人),(患者)因患上述疾病,需行穿刺操作。对于 苏 医师以上说明及本页背面举例讲解的共 10 条告知内容,我已充分理解,且愿意承担上述风险,同意医师实施上述穿刺操作方案,同时授权委托医师根据术中病情判断和患者利益,调整穿刺方案,并授权委托医师对已切除的器官、组织进行合理的处理。因系本人意愿,目前及以后不再对上述问题提出异议。此次住院期间,如需多次行同样穿刺操作,只需一次知情同意书,不再另行办理签字手续。

患者(代理人)                     

患者近亲属签名:                      患者的关系: 父亲

日期: 2021 年 1 月 18 日 10 时 00 分

本人系患者(代理人),(患者)因患上述疾病,需行穿刺操作。经                      医师向我交代后,我已充分理解以上说明及本页背面举例讲解的共                      条告知内容,并充分理解该穿刺操作的必要性、临床意义及不进行穿刺操作可能发生医疗风险和不良后果,仍决定 拒绝 接受上述穿刺操作并承担相应后果。因系本人意愿,目前及以后对此不提出异议。

患者(代理人)签名:                     

患者近亲属签名:                      与患者的关系:                     

日期:                      年                      月                      日                      时                      分

IP: 172.30.20.15

User:                     

Date: 2021-08-05

## 穿刺知情同意基本内容

穿刺可能发生的并发症及不良后果的基本内容如下：

1. 麻醉意外
2. 出血甚至大出血
3. 穿刺周边脏器损伤
4. 疼痛
5. 继发感染
6. 低血压或呼吸心跳骤停、休克或心律失常
7. 穿刺操作失败不成功
8. 肿瘤种植
9. 皮下气肿
10. 其它无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险

IP:172.30.20.15

User:

Date:2021-08-05