

泰州市人民医院

心脏电生理射频消融/起搏治疗知情同意书

姓名: [redacted] 性别:男 年龄:65岁 病区:东七病区 床号: [redacted] 住院号: 0300331357

根据患方所述的病情、症状及有关检查,术前拟诊为房间隔缺损(继发孔型)心房颤动。由于病情需要,经治医师建议于2020年12月7日实施下面至少一项心导管介入检查、治疗手术,即  电生理检查术  射频导管消融术  埋藏式起搏器植入术  临时起搏器植入术。心导管介入手术是一种高技术含量、高难度的检查、治疗方法,这种手术微创、相对安全甚至能够根治部分疾病,但鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素,绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。由于已知和无法预见的原因,即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生如下医疗风险:

1. 麻醉意外; 2. 局部感染、极少病人全身感染; 3. 致命性心律失常(包括室速、室颤等)导致心跳呼吸骤停; 4. 心脏穿孔如心室、心房、冠状动脉、冠状窦穿孔等引起心包填塞,需紧急心包穿刺引流,必要时需急诊外科手术; 5. 手术失败; 6. 穿刺部位出血、血肿、动静脉瘘和假性动脉瘤; 7. 血管血栓形成、血栓(包括冠状动脉、脑动脉、肺动脉、下肢动脉和其他重要动脉和静脉);

该患者需进行以下至少一种检查或治疗(口内打√),除上述情况外还可能会出现下列相应并发症:

<input type="checkbox"/> 电生理检查术	<input type="checkbox"/> 埋藏式起搏器植入术	✓ 左心耳封堵术
<input type="checkbox"/> 射频导管消融术 ✓ 冷冻消融术	<input type="checkbox"/> 临时起搏器植入术	✓ 房颤射频术
8、锁骨下静脉穿刺引起气胸、血胸	8、锁骨下静脉穿刺引起气胸、血胸	
9、III度AVB而需植入永久起搏器(起搏器费用自理)	9、切口出血、囊袋积血、囊袋感染	
10、瓣膜损伤	10、导线移位、断裂	
11、术后复发	11、胸部肌肉、膈肌刺激	
12、术中未能诱发心律失常而终止手术	12、个别单腔起搏器出现起搏综合征	
13、术中因导管刺激产生房颤需电击	13、常规起搏器仅可治疗缓慢性心律失常,其他心脏病如心衰、心梗及快速性心律失常等均无效	
14、其他难以预料的意外	14、患者及家属经商量后选择 <input type="checkbox"/> 单腔起搏器 <input type="checkbox"/> 双腔起搏器 <input type="checkbox"/> CRT <input type="checkbox"/> CRT-D, 相应起搏器费用已充分告知, 约 万元。	
	15、其他难以预料的意外	

一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害的不良后果。医护双方的共识:

1、医疗机构及其医务人员在医疗活动中,必须严格遵守医疗卫生管理法规,行政法规,部门规章和诊疗护理规范、常规,恪守医疗服务职业道德。2、患方已充分知晓了上述方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其他治疗方法及其利弊;对其中的疑问,已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的手术方案。3、本同意书经医患双方慎重考虑外签字后生效。其内容为双方真实意图的表示,并确认医方已履行了告知义务,患方已享有充分知情、选择及同意权的权利,将受我国有关法律的保护。

同意书 同意书

患者/授权委托人/法定代理人签名: [redacted] 签名日期: 2020年12月9日

与患者关系:  配偶  子  女  父母  孙子、孙女或外孙子、外孙女  
 祖父母或外祖父母  兄、弟、姐、妹  其他 \_\_\_\_\_

经治医师签名: [redacted] 签名日期: 2020年12月4日