

安徽省胸科医院

电子气管镜诊疗知情同意书

姓名



性别

女

年龄 35

病区

呼吸

床号

10

住院号 1813312

检查号 2018-3411

初步诊断:

肺部阴影待查

拟行电子气管镜检查、治疗术

手术潜在风险和对策:

电子气管镜诊疗对气管支气管及肺部疾病的诊断和治疗有着不可替代的作用,电子气管镜已经多年临床实践及广泛应用,有较高的安全性,但在诊疗过程中及其后,由于患者本身因素、病变部位及程度等原因,可能具有一定的危险性,由于您的病情需要,经诊医生建议您接受电子气管镜诊疗术,现就相关事宜做出以下介绍:

1. 注意事项:

- (1) 检查前 4—6 小时禁食、水
- (2) 年老体弱者需亲属陪同
- (3) 诊疗完毕后禁食 2 小时

2. 电子气管镜诊疗一般是比较安全的,但可能会引起咽部不适、恶心,个别情况下可出现以下并发症:

- (1) 麻醉反应及药物过敏,严重者导致休克、心跳呼吸骤停
- (2) 术中及术后出血,严重出血会引起窒息导致死亡
- (3) 感染
- (4) 周围组织或脏器损伤、气胸
- (5) 心脑血管意外,包括心律失常、心跳骤停、中风
- (6) 喉头水肿、哮喘、气管及支气管痉挛导致低氧血症、窒息
- (7) 返流或误吸导致死亡
- (8) 术后发热

(9) 其他难以预料的并发症与意外,一旦出现上述情况,我们会及时积极处理。

3. 电子气管镜诊疗过程中,医师将根据病变需要取组织活检,仅极少数病人可能发生后出血,病人有痰中带血,很少有大量咯血,大多数病人都能自行止血,个别情况下会出现大出血或穿孔危及生命。

特殊风险或主要高危因素:

1. 我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会积极采取应对措施。

2. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 可能会加大风险, 或者在检查中检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

患者知情选择:

1. 我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术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手术的相关问题

2. 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整

3. 我理解我的检查和治疗需要多位医生共同进行

4. 我并未得到检查治疗百分之百成功的许诺

5. 我授权医生对切除的病变器官、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弃物处理等

患者签署意见: 同意

不同意

患者签名:

(委托人签名:

关系:

)

签名日期:

2018 年 6 月 1 日

医生陈述:

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术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患者关于此次手术的相关问题

医生签名:

签名日期:

2018 年 6 月 1 日

病情及诊疗措施知情同意书

患者姓名	汤安	性别	女	年龄	35岁	科别	呼吸二科
床号	10	住院号	1813312	入院日期	2018年05月31日		

病情告知时间 2018年06月14日 00时00分

目前诊断:外源性过敏性肺泡炎

病情程度:

诊疗方案:泼尼松30mg qd长期口服

诊疗中存在的并发症和风险:

诊疗建议:骨质疏松、消化道出血、股骨头坏死、代谢紊乱等。

患者或患者委托人知情后意见:

医师所说上述情况,我已听懂、明白,同意上述诊疗方案,出现上述并发症和风险,表示谅解。无其它要求。对诊疗建议的态度:

如拒绝诊疗建议,可能会影响疾病的诊治,由此引起的不良后果,由患者自负。

经治医师签字:

患者委托人与患者的关系:

上级医师签字:

患者或委托人签字: