



浙江省中医院

浙江中医药大学附属第一医院
浙江中医药大学第一临床医学院

经皮肺穿刺术知情同意书

姓名:

性别: 女

年龄: 59岁

科室: 呼吸与危重症
医学科

住院号:

2018.09.21 09:00

经皮肺穿刺术知情同意书

【初步诊断】1.1. 肺隐球菌病

【检查（治疗）项目】

☐胸腔穿刺抽液术

☐胸腔穿刺抽气术

☐胸腔穿刺+留置引流术

☐胸膜活检术

☒经皮肺穿刺术

☐胸腔闭式引流术

☐其他

【检查（治疗）目】明确诊断

【可能出现的意外及并发症】

- 1、麻醉过敏、麻醉意外;
- 2、胸膜反应,心悸、胸部压迫感、头晕、出汗、低血压休克;
- 3、心律失常,心脑血管意外,心包填塞、心跳呼吸骤停等;
- 4、术后发热、局部感染或全身感染,败血症:穿刺点发生红、肿、热、痛等;
- 5、穿刺部位局部血肿,皮下气肿;气胸、血气胸、皮下气肿,严重时危及生命;
- 6、出血,损伤肺脏、局部神经或其他组织、器官;
- 7、检查无法进行或操作失败;
- 8、术后胸腔积液或气胸再次出现,必要时需要置管引流;
- 9、复张性肺水肿、穿刺出血或渗血严重时需开胸止血手术治疗;
- 10、经上述检查仍不能完全明确诊断;
- 11、其他不可预料的意外情况

【患者自身存在高危因素】

【医疗替代方案】

【医生承诺】任何诊疗措施都有一定的风险,有些医疗意外和并发症是医务人员和现代医学知识难以预见、难以完全避免和防范的。作为您的医生我将严格遵守医疗操作规范,尽最大努力做好手术(操作),减少并发症。请您理解并配合诊疗。

医师签名:

日期: 2018年09月21日

【患方意见】

以上事项医生已详细告知,我已经得到了 经皮肺穿刺 的相关信息,对医师的告知及手术风险表示完全理解,经慎重考虑,我决定: 选择 (请填写“选择”或“拒绝”)施行胸腔穿刺术。

患者/法定代理人签名:

与患者关系:

日期: 2018年09月21日