

山西省心血管病医院
经皮穿刺肝静脉术知情同意书

患者姓名

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有**肝硬化门脉高压**需要在**全麻**下进行**经皮穿刺肝静脉术**手术。

经皮肝穿刺肝静脉造影术，直接穿刺肝静脉或其属支，造影确定肝静脉主干及开口情况，对于诊断及治疗方案的选择具有重要意义。

其他

手术潜在风险和对策

医生告知我如下经皮肝穿刺肝静脉造影术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术方式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策：

介入诊疗共同部分：

1) 麻醉意外，心、脑血管意外（心肌梗死、脑梗死、脑出血等），心律失常，有生命危险；

2) 围手术期各种感染，包括穿刺伤口感染、置入支架感染、肺部感染、泌尿系统感染等；

3) X射线相关损害；

4) 出血：穿刺点局部血肿，假性动脉瘤形成，入路血管或操作靶血管破裂，胸腔腔或后腹膜出血，介入相关损伤导致内脏出血（如消化道或泌尿系统出血、颅内出血等），严重者休克、死亡；

5) 损伤：穿刺导致动静脉瘘，周围神经损伤产生神经刺激症状，暂时或永久性神经功能障碍，损伤周围脏器导致相关症状，导管、导丝损伤血管导致斑块破裂、夹层形成、血管破裂等；

6) 栓塞：全身各脏器或肢体血管栓塞，导致相应缺血症状、功能障碍或丧失；

7) 造影剂（或栓塞剂）及术中用药可能导致毒副反应，如损害肾功能导致肾功能衰竭，药物过敏导致过敏性休克等症状；

8) 导丝、导管发生打结、成角、断裂，不能取出导致栓塞等，相应脏器功能障碍；或器械、材料等原因造成意外情况，导致介入治疗失败或其他意外，可能需要同期或二期开放手术；

9) 解剖结构、病变特点或技术条件等导致介入治疗不成功或中止，但相应医疗费用仍由患者承担；

- 10) 术后下肢深静脉血栓形成, 存在并发肺动脉栓塞及危及生命的可能;
11) 介入治疗后症状不能缓解或加重;
12) 其他意外。

本次手术部分: 根据术中具体情况确定具体术式。

- 1) 血管损伤导致术中或术后大出血、休克, 有生命危险;
2) 肝胆系统损伤, 导致术中、术后胆汁漏入腹腔, 引起急性腹膜炎等;
3) 损伤血管或胆管, 导致大出血或胆汁漏、肝血肿、血腹或腹膜炎等;
4) 损伤胸腔脏器血管, 导致血胸、气胸、心脏压塞等, 有生命危险;
5) 术中损伤其他脏器如胃肠道、肾脏等, 导致相应症状;
6) 术中未能穿刺明显肝静脉分支, 无法获得满意肝静脉造影图像;
7) 穿刺针鞘管断裂, 残留于肝脏或腹腔内, 情况严重者需手术治疗;
8) 其他意外。

4. 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, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 除上述风险以外, 还可能出现以下特殊并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 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、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次手术的相关问题。
- 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作出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情, 如有隐瞒, 一切后果自负。

患者或授权亲属签名: _____ 签名日期: 2021 年 4 月 14 日

身份证号: _____ 联系电话: _____

通讯地址: _____

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、可能存在的其他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: 2021 年 4 月 14 日

山西省心血管病医院

心内电生理检查或/和消融术知情同意书

姓名

病室:

术前诊断: 心律失常 心房颤动 先天性心脏病术后 室间隔缺损修补术后 2型糖尿病

拟施术式:

患方在明确表示接受该检查(治疗)方案之前,医师已经将检查(治疗)的方法和检查(治疗)中、检查(治疗)后的并发症及其他风险、可能的后果等情况对患方进行了告知,患方对医师告知的内容已经清楚并理解,可能发生医疗意外及并发症包含但不限于如下内容:

术中及术后可能出现的情况:

- 1) 药物、造影剂过敏反应,输液反应等,严重者可致休克;
- 2) 感染,局部及全身感染,败血症,感染性心内膜炎,感染性休克;
- 3) 迷走神经反射引起低血压,休克;
- 4) 栓塞,各种动、静脉栓塞造成相应脏器损害,严重者可致脑梗死,肺梗死,肢体坏疽等;
- 5) 出血,穿刺血管局部,腹膜后,颅内及其他内脏出血,失血性休克;
- 6) 气胸,血胸,血气胸。
- 7) 穿刺血管损伤,动静脉瘘,动脉瘤,动脉夹层,血栓形成,血管闭塞等,重者可能需外科处理;
- 8) 穿刺部位血肿,穿刺血管周围神经损伤;
- 9) 急性心肌梗死;;
- 10) 严重心律失常;
- 11) 房室传导阻滞,束支传导阻滞,严重者可安置临时或永久人工心脏起搏器;
- 12) 心脏穿孔,心包填塞,可能需要穿刺引流或外科修补;
- 13) 瓣膜、腱索、乳头肌等心脏内结构并发症,严重者可需外科处理;
- 14) 导管折断,打结,脱落或嵌顿于心脏或大血管内,可致栓塞,严重者可需外科处理;
- 15) 支架脱落及支架内血栓形成;
- 16) 急性冠状动脉闭塞;
- 17) 介入治疗后血管再狭窄、闭塞;
- 18) 放射线损伤;
- 19) 肾功能衰竭;
- 20) 脑血管意外;
- 21) 手术不成功等。

根据患者情况需特殊交代:

山西省心血管病医院

心内电生理检查或/和消融术知情同意书

我们在认真检查分析患者病情的基础上，提出上述诊疗措施，并严格按照有关规定实施，医师已向患方详细交待和解释了以上所有检查（治疗）风险，这些并发症发生后可能导致患者身体器官严重功能障碍，甚至留下终身残疾，严重的还可能危及患者生命。

意外情况知情同意：

由于现有医疗科技水平所限，除了医师告知的危险以外，检查（治疗）中仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他危险，从考虑患者利益角度出发，应按照医学常规予以处置，尤其是发生紧急、危险情况时，患方同意医师可以即时处置。

患者意见：

我已详细阅读以上内容，对医师的告知表示完全理解，经慎重考虑，我决定接受此介入检查（手术）。我明白在术中，在不可预见的情况下，可能需要其他附加操作或变更诊疗方案，我授权医师在遇有紧急情况时，为保障我的生命安全实施必要的救治措施，我保证承担一切风险和全部所需费用。

签名日期：2021年4月13日

医师陈述：

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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名：李娜 签名日期：签名日期(双击)