



聊城市人民医院

门诊号 _____

科室 神经内科

腰椎穿刺知情同意书

住院号

姓名 文

性别 男

年龄 66岁

疾病介绍和治疗建议

医师已告知我的脑部炎症病变，需要在麻醉下进行腰椎穿刺术。腰椎穿刺检查应用于监测脑脊液压力、细胞学及各项生化指标等，对于考虑中枢神经系统感染性疾病具有重要的诊断意义。

操作潜在的风险和对策

医师告知我如下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，具体的操作方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医师讨论有关我操作的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
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. 我理解此操作可能发生的风险和医师的对策：

(1) 穿刺过程中可能会出现如下危险：1) 穿刺部位出血：包括皮肤、软组织出血，甚至椎管内出血、蛛网膜下血肿，严重可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍；2) 感染：由于患者免疫力低下有可能出现穿刺部位皮肤或软组织感染，严重可出现椎管内感染甚至中枢神经系统感染、败血症；3) 穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可能，造成肢体感觉、运动障碍，甚至瘫痪、尿潴留、便秘等；4) 有穿刺失败的可能，届时可能需要再次穿刺；

(2) 术后可能出现如下危险：1) 化学药物刺激引起脑脊髓膜炎及蛋白质病；2) 中枢神经系统感染；3) 颅内压力升高，引起头疼、呕吐、抽搐、癫痫发作、蛛网膜下腔出血，严重时可引起脑疝、昏迷，可引起脑功能性障碍、昏迷、甚至呼吸心跳停止，乃至死亡；4) 术后低颅压综合征；5) 鞘内注射药物可引起急性蛛网膜炎，表现为头痛、颈背痛、恶心呕吐、发热、头晕等颅内压增高症状；6) 鞘内注射药物过敏，如：发热、皮疹，严重可出现过敏性休克、死亡。



4. 我理解如果患有高血压、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. 我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。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：医师已经告诉我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其它方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。愿意接受腰椎穿刺术。

患者签名 2

签名日期 20

时

0 分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系： 关系

签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分



聊城市人民医院



病例报告患者知情授权书

姓名	刘	性别	男	年龄	66岁	住院号	0	病区	神经内科
我确认我 在法律上有权同意，在签署此同意书时，我授权该作者撰写关于我的医疗记录的病例报告。 我理解以下内容： 我不会直接受益于参与本案例报告，我的名字和受保护的健康信息不会被透露。我授权用于本案例报告的信息包括：与本病例有关的病史、实验室检查结果、影像学结果和规定的治疗方案，我的诊治经过由研究人员进行评估，并可在开放获取许可下或在医学会议上公布的医学期刊上发表，并且，我允许进行此类发表或病例汇报。允许在本案例报告中使用的信息不会对我产生任何额外的受益，也不会得到任何的赔偿，我的参与完全是自愿的，我也可以随时撤销参与本案例报告的许可。一旦案件报告被编写和发布，授权将无法撤回。 通过签署此表格，我确认： 案件报告已经完整地向我解释，我的所有问题都得到了满意的答复 我已被告知允许在本案例报告中使用的信息风险和利益 我已理解此表格 我授权访问我的个人健康信息（医疗记录） 我同意参加本案例报告 患者签名：2 家属签名： 与患者的关系： 20 11 时 10 分									