

内镜中心支气管镜检查知情同意书

姓名

性别 男

年龄 33岁

病区

病案号

(一) 支气管镜知情同意书

由于病情需要, 为了进一步明确诊断, 建议行支气管镜检查。该检查经多年临床实践以及广泛应用, 已证实它有很高的安全性, 但鉴于患者个体特异性、病情差异、年龄以及其他无法预见的因素, 本检查可能会发生并发症、损伤、检查失败或者难以防范和处理的意外情况。该检查前后及检查时可能发生以下并发症:

- 1、局麻药过敏引起过敏性休克
- 2、反射性心率失常、低血压、甚至心跳骤停
- 3、并发低氧血症、呼吸困难
- 4、检查刺激引起气管痉挛、呼吸困难

5、纤维支气管镜检查过程中, 医生将根据病变需要取组织活检、刷洗、灌洗, 仅少数人有可能发生活检或操作后出血。大多数病人都能自行止血, 个别情况下会大出血、气胸、血气胸、纵膈气肿而危及生命

- 6、损伤声带引起术后声音嘶哑、咽部不适、术后狭窄
- 7、术后引起肺水肿、喉头水肿导致呼吸困难、窒息而危及生命
- 8、其他难以预料的意外

尽管以上并发症及其它难以预料的情况发生率很低, 但因目前医疗技术水平不能做到绝对避免。一旦发生并发症或相关情况, 我们将以高度的责任心, 竭尽全力进行救治。为充分尊重患者及其家属的知情同意权, 特此告知。

一次性使用细胞刷

规格型号: JHY-BC-18-105-A

常州市久虹医疗器械有限公司

注册证编号: 苏械注准20172221297

LOT BC20011501 STERILE EO 2022-01-14



(01)06942000225066(10)BC20011501

医师:

2020年9月1日

患者本人或者亲属意见: 对以上可能发生的意外和并发症已明知。经慎重考虑, 同意行无痛/普通电子结肠镜检查。如果发生上述意外和并发症表示理解。

患者本人签字:

代签人签名: —

一次性使用活检取样钳

规格型号: JHY-FB-18-105-O-O

常州市久虹医疗器械有限公司

注册证编号: 苏械注准20152020073

LOT FB20040310 STERILE EO 2022-04-02



(01)06942000200223(10)FB20040310

代签人与患者关系: —

2020年9月1日

CT/B超引导下穿刺肺活检知情同意书

姓名

性别 男

年龄 33岁

病区

床号

病案号

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我, 需要在麻醉下进行
术。此操作的目的在于取肺组织送病理, 协助确定诊断。

CT/B超引导下穿刺肺活检在肺内病变诊断上非常重要, 与开胸肺活、胸腔镜相比较有损伤小, 气胸出血发生率低, 费用低等优势。

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下CT/B超引导下穿刺肺活检术可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的术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及医生的对策:

胸膜反应;

血胸;

气胸、压缩性肺不张;

麻醉药物过敏;

局部出血、渗水;

伤口感染;

穿刺不成功;

损伤局部神经。

除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提前请患者及家属特别注意的其他事项, 如

特殊风险或主要高危因素

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, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

南京一民医院

CT/B超引导下穿刺肺活检知情同意书

姓名 房加贵 性别 男 年龄 33岁 病区 十二病区 床号 63 病案号 002004

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。

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。

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。

我授权医师对手术切除的病变器官、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物处理等。

患者签名 [] 签名日期 2020 年 9 月 2 日

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 — 签名 — 日期 — 年 — 月 — 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 2020 年 9 月 2 日

手术知情同意书

姓名 性别 男 年龄 33 病区 床号 病案号

病情介绍和治疗建议:

患者拟诊为右肺上叶占位，需要在全身麻醉下进行胸腔镜下右肺上叶切除手术。

手术目的: ①进一步明确诊断 ②切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他)

③缓解症状 ④其他

预期效果: ①疾病诊断进一步明确 ②疾病进展获得控制/部分控制/为控制

③症状完全缓解/部分缓解/为缓解 ④其他

手术潜在风险告知:

手术是一种高风险、高难度的治疗方法。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。又由于已知和无法预见的原因，本手术有可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官或某些难以防范和处理的意外情况。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. 麻醉过程中，可能发生呼吸、心脏骤停等意外危险。
- ☐ 2. 术中根据具体病情改变手术方式，如电视胸腔镜手术，开胸手术，肺楔形切除，肺叶切除，一侧全肺切除，纵膈淋巴结清扫等。
- ☐ 3. 若肿瘤侵犯范围广，需行联合器官切除，如部分膈肌、胸壁、心包等。
- ☐ 4. 肿瘤广泛转移或侵犯重要脏器无法切除，行姑息性切除或探查活检术。
- ☐ 5. 术中心肺脑血管意外，可致死亡；术中大出血、失血性休克，甚至死亡；术后出血不止，需要二次进胸探查处理；术中损伤周围组织，重要神经、血管、脏器，肋骨骨折等。
- ☐ 6. 术后可能发生切口感染、化脓，切口不愈合或愈合不良，组织和器官粘连。以及心、肝、肺、肾、脑等器官或系统的并发症或疾病本身发展所致的不良转归。术后残肺代偿功能不全，肺不张、肺实变、胸腔积液等。
- ☐ 7. 术后病理可能证实为良性病变；术后病理切片发现支气管残端有肿瘤残留，需再次手术；术后肿瘤复发或转移。
- ☐ 8. 其他无法预计的致残、致死的风险和并发症。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理地控制医疗风险，但由于现有医疗水平所限，仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

患者知情选择:

1. 医务人员已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法，并且解答了我关于此次手术的相关问题，我同意已拟定的手术方案。

手术知情同意书

姓名 性别 男 年龄 33 病区 床号 病案号

2. 我同意在操作中医务人员可以根据患者病情对预定的手术方式作出调整。
3. 我理解此项手术需要多位医生医务人员共同进行。
4. 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
5. 我授权医务人员对手术切除的病灶器官、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物处理等。

患者/授权委托人/法定代理人签名：

签名日期： 2020.9.18

与患者关系：

医务人员陈述：

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式，并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

经治医师签名：

签名日期： 2020.9.18

手术医师签名：

签名日期： 2020.9.18

南京一民医院
麻醉知情同意书

科室：普外科 床号： 病案号： 姓名： 性别：男

年龄：33岁 体重：70.0 Kg 血型：(AB型 阳性)

术前主要诊断 右肺上叶肺占位性病变

拟于 2020-09-19 08:30:00

拟行胸腔镜下右肺上叶切除术

术前检查主要异常：

麻醉前病情估计：ASA分级：☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ E

拟采取麻醉方法：☐ 全身麻醉 ☐ 椎管内阻滞 ☐ 臂丛阻滞 ☐ 颈丛阻滞 ☐ 其他

因患者个体差异和病情变化，围麻醉期有可能发生以下意外和并发症：

- 1、对麻醉药或其它药物产生过敏、高敏、恶性高热等不良反应而导致休克、呼吸循环抑制、多脏器功能衰竭，甚至死亡。
- 2、麻醉手术期间可能发生低血压、高血压、心梗、脑梗、肺栓塞、心律失常、呼吸循环衰竭、心跳骤停等心脑血管意外等。
- 3、全身麻醉及气管插管可能导致牙齿松动或脱落、反流、误吸、吸入性肺炎、支气管哮喘、喉痉挛、喉水肿、气道阻塞、声音嘶哑、躁动、苏醒延迟等。
- 4、腰麻、硬膜外麻醉及外周神经阻滞可能出现局麻药中毒、术后头痛、腰疼、尿潴留、神经损伤、上下肢感觉或运动障碍、硬膜外血肿、感染、全脊麻、局部血肿，气胸等并发症或麻醉导管折断等意外。
- 5、麻醉手术期间可能因输血、输液及药物不良反应等导致休克、呼吸心跳骤停。
- 6、静脉或动脉穿刺可发生局部静脉炎和血肿，深静脉穿刺可能发生血肿、心包填塞、血气胸、栓塞、神经损伤等。
- 7、术后镇痛治疗药物可引起头晕、恶心、呕吐、皮肤瘙痒、排尿困难、呼吸循环抑制等不良反应。
- 8、个别患者可能发生严重意外，甚至致残或致死等。
- 9、医保和免费病人，术中因病情需要，使用自费药品或器材是否同意：(☒ 同意 ☐ 不同意)；
- 10、是否使用镇痛泵：(☒ 使用 ☐ 不使用)。签字；
- 11、其他：

对策及特殊告知：

- 1、麻醉医师将按规章制度、操作常规和诊疗指南进行麻醉，认真对病人的生命机能进行监测、调节与控制、尽力确保病人的安全。如果术中病情突变将全力进行抢救并及时向患者家属通报，当发生危及生命的情况，在紧急情况下，本着有利于抢救患者生命优先的原则麻醉医师有权作出医疗处置决定。
- 2、术中麻醉医生有权根据病情变化和手术需要改变麻醉方案。
- 3、麻醉中有可能使用省、市公费医疗及医保报销范围以外的药品、耗材或器械。
- 4、患者（方）慎重考虑对上述内容表示理解与同意，确认医方已履行了告知义务，患者（方）确认享有知情、选择及同意权的权利。本《同意书》内容将受我国有关法律的保护。

患者或委托人或法定代理人签字：

麻醉医师签字：

日期：2020.9.18

日期：2020.9.18