



首都医科大学附属北京中医医院

肾穿刺活检术知情同意书

患者姓名 性别 男 年龄 42 病案号

疾病介绍和治疗建议:

治疗前诊断及主要病情介绍:

慢性肾小球肾炎 肾衰

本病例主要高危因素:

肾功能不全

治疗后应注意的主要事项:

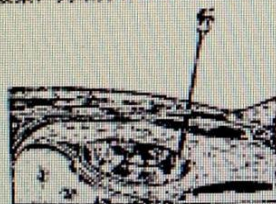
感染、出血

医生已告知我患有 肾衰，需要在 局部 麻醉下进行肾穿刺活检术。

经皮肾穿刺活检术是在超声引导下或定位后以穿刺针经皮取得活体肾脏组织的一种检查方法，通过活检术获取的肾组织将进行光镜、电镜及免疫组化检查，为明确临床工作中肾脏疾病的诊断提供病理依据并可进一步指导治疗。因此肾活检术对肾脏病的临床工作具有不可替代的重要作用。其意义在于以下几个方面：

- (1) 明确肾脏疾病的病理变化及病理类型，并结合临床作出疾病的最终诊断。
- (2) 根据病理变化、病理类型和严重程度制订治疗方案。
- (3) 根据病理变化、病理类型和严重程度判断患者的预后。

在某些情况下需要进行重复肾活检，可协助了解该种肾脏疾病的变化发展、判断治疗方案的效果，为治疗计划的继续实施或修正提供依据。



替代医疗方案:

根据您的病情，除上述 肾穿刺活检术 治疗方式外，目前我院可以做的其他治疗方法和（或）手术方式有：

1. HAZ

2.

3.

4.

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下肾穿刺活检术可能发生的一些风险，基于现在医学技术的局限性，除医





生已经告知内容外,还有一些罕见、特殊、不可预测的并发症与医疗风险,医师不可能做到在此全面的告知。有极不常见的风险可能没有在此列出,我对此予以理解。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.肾穿刺技术毕竟是一种有创性的检查,尽管穿刺技术不断改进,安全性越来越高,但并发症仍不可能完全避免。我理解此手术可能发生的风险:

- (1) 镜下血尿或肉眼血尿;
- (2) 肾周血肿;
- (3) 肾动静脉瘘形成,可能会出现肾脏严重出血、顽固性高血压及肾功能衰竭;
- (4) 损伤周围脏器、血管;
- (5) 继发感染;
- (6) 疼痛、呕吐;
- (7) 穿刺失败;
- (8) 术后需要卧床 24 小时或更长时间,在个别高危患者中可能会并发深静脉血栓形成。

4.我理解当发生穿刺后出血等并发症时,需延长卧床时间,必要时还需要输血,甚至需肾动脉栓塞止血或手术治疗。

5.我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、出血功能障碍、血液系统疾病、肿瘤性疾病及感染等疾病时,以上这些风险可能会加大。或者在治疗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。

6.我理解手术后如果我的身体不当或不遵医嘱,可能影响手术效果。

特殊风险:

我理解根据我个人的病情,我可能出现以下特殊并发症或风险:

肾穿、出血

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

检查治疗费用:

交纳诊疗费用是接受此项检查/治疗的基本条件。患者或家属应给予积极配合。本次治疗中使用的医疗耗材或者药品需要个人负担部分比例或者全部自费支付,医生将根据病情对使用的医疗耗材或药品提出建议,经患者同意后使用。患者或患者的授权委托人有义务承担相应的自费费用。

本次治疗中应用的高值医疗耗材或药品(耗材或药品名称以及自付比例)包括: 肾穿针

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。
- 我的医生已经告知我手术可能应用的医疗耗材或药品价格以及我将负担的费用比例。



同意：

医师已经将上述医疗风险向我详细告知，我已充分了解病情并知道该项治疗是创伤性治疗手段，治疗中、治疗后可能发生医疗风险及其他不可预见的危险情况，我同意接受治疗并授权委托医院为我实施该项治疗，同时我授权在治疗中如发生紧急情况来不及告知告知时，为保证本人的最大利益，医师可以按照医学规范进行应急处置，实施必要的医疗抢救措施。

患者签字：_____

近亲属（或患者的法定监护人、授权委托人）签字：_____

与患者关系：_____

签字日期：2019年 2 月 11 日 时间 10:00 签字地点：内-病室

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：2019年 2 月 11 日





首都医科大学附属北京中医医院

血液透析知情同意书

患者姓名 性别 男 年龄 42 病案号

疾病介绍和治疗建议:

治疗前诊断及主要病情介绍:

慢性肾功能不全, 肾衰竭, 高血压2级

本病情主要高危因素:

严重低钙, 低钾血症, 可能合并心律失常

治疗后应当注意的主要事项: 预防管路感染

医生已告知我患有 肾衰竭, 需要进行血液透析治疗。

血液透析是通过血液透析器, 使患者血液和透析液发生溶质和水的转运, 从而实现清除体内毒素和多余水分的目的。血液透析是目前最为常用的一种肾脏替代治疗手段。其临床意义在于:

☒ 对于慢性肾衰竭患者, 血液透析可以部分替代肾脏功能, 调节水电解质及酸碱平衡, 改善生活质量, 延长生命;

☐ 对于拟行肾移植患者, 可为其手术进一步创造条件;

☐ 对于急性肾衰竭患者, 血液透析可以为治疗创造条件, 为肾功能恢复或部分恢复创造时机。

替代医疗方案:

根据您的病情, 除上述 血液透析 治疗方式外, 目前我院可以做的其他治疗方法和(或)手术方式有:

1. 腹膜透析

2. CRRT

3.

4.

治疗潜在风险和对策:

医生告知我如下血液透析治疗可能发生的一些风险, 基于现在医学技术的局限性, 除医生已经告知内容外, 还有一些罕见、特殊、不可预测的并发症与医疗风险, 医师不可能做到在此全面的告知。有些不常见的风险可能没有在此列出, 我对此予以理解。具体的治疗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生讨论有关我的治疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

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

2. 我理解此治疗手段可能发生的风险:

(1) 治疗过程中因抗凝导致出血或加重原有出血倾向, 发生脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血及心包填塞等;

(2) 血液透析治疗可能影响心血管系统稳定性, 导致血压下降, 血压升高, 心肌缺血,



心律失常、心力衰竭甚至心脏骤停；

- (3) 可能会并发感染或原有感染扩散；
- (4) 各种血管通路均有感染发生、血栓形成的可能；
- (5) 可能会出现对透析器的过敏反应；
- (6) 透析中或透析后可能会出现失衡综合征；
- (7) 个别患者会出现肌肉痉挛、头痛，严重者癫痫发作；
- (8) 治疗过程中可能出现管路及滤器凝血，造成失血；
- (9) 可能导致肿瘤播散；
- (10) 发生血源传播性疾病（例如乙肝、丙肝等）的机会明显高于普通人群。
- (11) 治疗过程中可能因患者无法耐受而必须中断治疗。

3.我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝功能不全、血液系统疾病、出血功能障碍、肿瘤性疾病及感染等疾病时，以上这些风险可能会加大，或者在治疗中或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

4.我理解治疗后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响治疗效果。

特殊风险：

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：

平时时可能长上尿管

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

检查治疗费用：

交纳诊疗费用是接受此项检查/治疗的**基本条件**。患者或家属应给予积极配合。本次治疗中使用的医疗耗材或者药品需要个人负担部分比例或者全部自费支付，医生将根据病情对使用的医疗耗材或药品提出建议，经患者同意后使用。患者或患者的授权委托人**有义务承担**相应的自付费用。

本次治疗中应用的高值医疗耗材或药品（耗材或药品名称以及自付比例）包括：

临时尿管

患者知情选择：

- 我的医生已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗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治疗的相关问题。
- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
- 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 我的医生已经告知我治疗可能应用的医疗耗材或药品价格以及我将负担的费用比例。



同意。

医师已经将上述医疗风险向我详细告知，我已充分了解病情并知道该项治疗是创伤性治疗手段，治疗中、治疗后可能发生医疗风险及其他不可预见的危险情况。我同意接受治疗并授权委托医院为我实施该项治疗，同时我授权在治疗中如发生紧急情况来不及做知情告知时，为保证本人的最大利益，医师可以按照医学规范进行应急处置，实施必要的医疗抢救措施。

患者签字：_____

同意

近亲属（或患者的法定监护人、授权委托人）签字：_____

与患者关系：_____

签字日期：2019年 2 月 2 日 时间 10:00 签字地点：肾内科

医生陈述：

我已经告知患者将要进行的诊治方式、此次治疗及诊治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诊治的相关问题。

医生签名：_____ 签名日期：2019年 2 月 2 日

