

中国人民解放军成都军区总医院

组织活检术知情同意书

患者姓名		性别		年龄		ID号		床号	
------	--	----	--	----	--	-----	--	----	--

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有

疾病,需要在局麻下进行组织活检术。

组织活检术主要目的是明确病理类型,以确定临床诊断,指导治疗方案。根据病情需要可能需要进行肝脾、淋巴结、皮肤或神经肌肉及其它组织等活检。

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下组织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。具体的手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. 我理解此手术存在以下风险和局限性:

1) 我理解我可能出现局部出血。

2) 我理解我可能出现局部感染。

3) 我理解我可能出现局部创口愈合不良。

4) 我理解我可能出现局部神经损伤。

5) 我理解我可能出现活检不成功。

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我的病情,可能出现以下特殊的并发症或风险:

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:

我的医生已告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作切除的病变器官、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

年

月

患者授权家属

与患者关系

签名日期

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

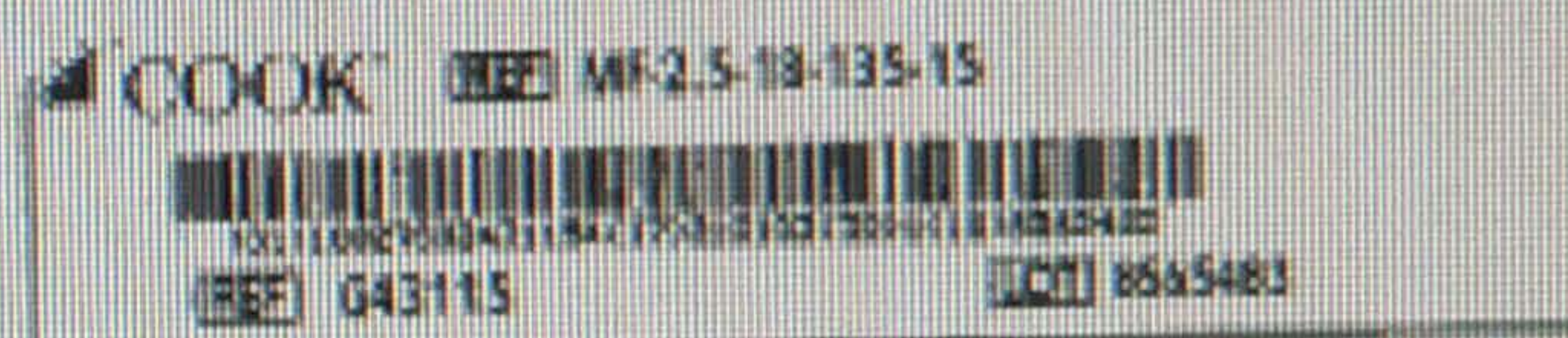
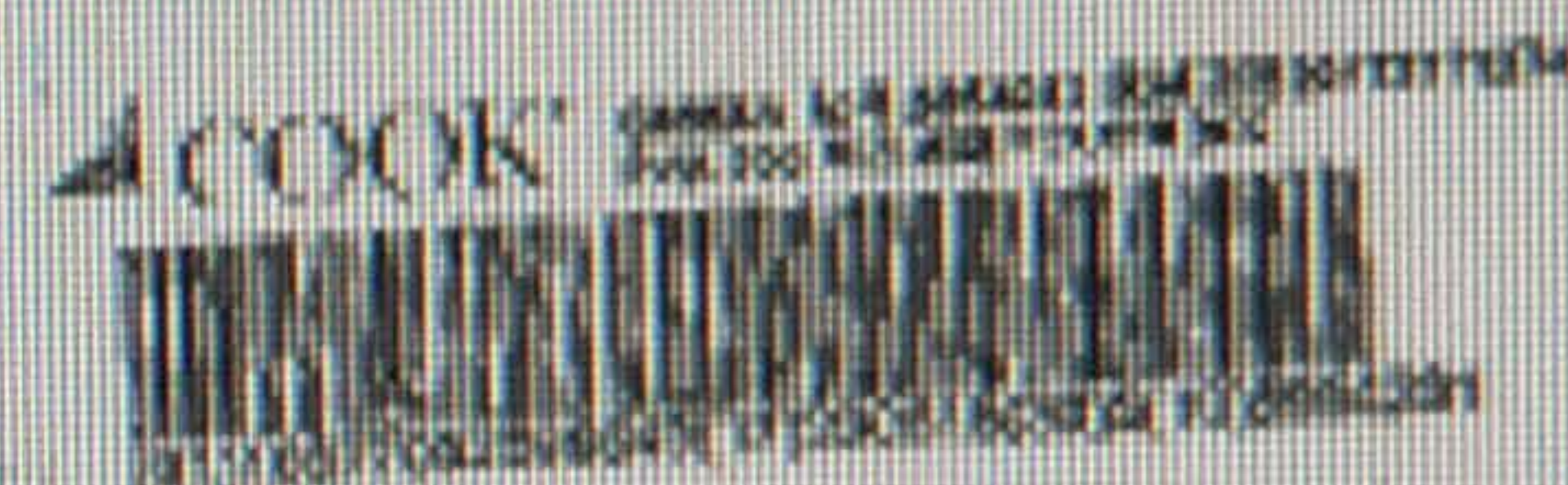
中国人民解放军成都总医院

介入诊断与治疗知情同意书

患者姓名	性别	年龄	ID号
放射科号	病房	床号	出生日期

疾病介绍和治疗建议
医生已告知我患有_____，需要在_____麻醉下进行

- ☐ 良、恶性肿瘤经导管化疗和/或栓塞术
- ☐ 经皮穿刺活检术
- ☐ 非血管管腔狭窄球囊成形及内支架植入/取出术
- ☐ 经皮穿刺胆道引流/活检术
- ☐ 经皮穿刺囊肿/脓肿引流术
- ☒ 血管造影及栓塞术
- ☐ 血管管腔狭窄球囊成形及内支架植入术
- ☐ 经皮血管内异物取出术
- ☐ 动脉瘤带膜支架腔内隔绝术
- ☐ 动脉瘤载瘤动脉及动脉瘤栓塞术
- ☐ 经导管溶栓、取栓术
- ☐ 下腔静脉滤器植入术
- ☐ 血管畸形腔内硬化治疗
- ☐ 其他：_____



手术潜在风险和对策： 手术潜在风险和对策：

医生告知我如下介入手术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术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. 我理解任何手术及麻醉都存在风险。
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：
 - 1) 过敏性反应：术中所用药物（造影剂、麻醉剂等）可能造成皮肤过敏、呼吸困难、过敏性休克、溶血反应等；
 - 2) 穿刺点并发症：局部血肿、假性动脉瘤或动-静脉瘘形成、邻近脏器损伤。
 - 3) 选择性插管相关并发症：血管痉挛、血管内膜损伤、血管破裂；血栓形成、附壁血栓或斑块脱落，造成相应供血组织、器官缺血、坏死。
 - 4) 血管腔内成型相关并发症：术中血管痉挛、血管内膜损伤、血管破裂；术中、术后支架内急性血栓形成、支架移位；术后 支架再狭窄。
 - 5) 造影剂、化疗药物引起的毒副作用：过敏反应、胃肠道反应、骨髓抑制、心肝肾功能损害及衰竭、皮肤黏膜溃疡等；

成都军区总医院

左肾肿瘤探查术知情同意书

患者姓

别

年龄

病历号

疾病介绍和诊疗建议

医生已告知我的患有

需要手术治疗的理由

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下左肾肿瘤探查术可能发生风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术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风险:

1) 心脑血管意外(心梗、脑梗和重要器官栓塞)、危及生命;

2) 术中大出血、失血性休克,可致死亡;需输血挽救生命,致输血并发症;

3) 术中周围脏器损伤(胰脏、十二指肠致胰瘘、肠瘘、腹膜炎,肝脾损伤需行脾切除或肝修补术等);

4) 术中视具体情况改变术式(肾周组织粘连重或靠近大血管,无法行肾切除术);

5) 术后出血,腹膜后血肿,腹腔出血需二次手术;

6) 术后感染(腹腔内、泌尿系、肺部),电解质紊乱;

7) 器官储备功能下降,术中术后发生多器官功能衰竭(心、肺、肝、肾)、应激性溃疡、弥漫性血管内凝血等严重并发症,危及生命。术后心脑血管意外(心梗、脑梗和重要器官栓塞)、危及生命;

8) 术后深静脉血栓形成,致重要脏器栓塞(肺栓塞、脑梗塞、心肌梗死等);

9) 术后胸腔积液、肺不张、膈下积液,继发脓肿;

10) 术后粘连性肠梗阻,腹内疝形成,肠绞窄、坏死等;

11) 术后切口积液、脂肪液化、血肿、裂开、感染等导致愈合延迟,甚至不愈合;切口疝,腹外形变化;

12) 急性肾功能不全,血液透析治疗;

13) 术后肿瘤复发、转移、种植、进展;

14) 恶性肿瘤术后差;

15) 术后常规病检明确最终诊断,据病检结果行后续相关治疗;

16) 根据患者情况术后可能转入监护病房;

17) 术中可能会使用一次性器械或贵重药物;

18) 术后原有内科疾病加重，需进一步治疗；

19) 其他不可预知的手术并发症及意外情况。

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。

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、

患者签

签名日期

日

如果患者无法签署知情同意书，由其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签

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