

骨髓穿刺术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 61岁 科别: 消化内科

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 血小板减低 , 目前此种疾病的 ☐ 检查 ☐ 治疗措施有: 骨髓穿刺术 , 根据目前我疾病的特点和病情需要,

医生建议在 局部浸润 麻醉下进行骨髓穿刺术操作。

该操作目的是以下第 1 条:

- 1、穿刺取骨髓, 协助确定诊断及检测病情变化;
- 2、骨髓组织性病理检查, 协助确定诊断及检测病情变化;
- 3、其他

手术潜在风险和对策:

医生告知我骨髓穿刺/活检可发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的医疗方案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医疗方案的具体内容, 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. 我理解此医疗方案存在以下并发症风险和局限性:
 - 1) 局部感染或败血症: 局部穿刺点发生红、肿、热、痛, 或全身感染如发热、寒战等;
 - 2) 局麻药过敏, 药物毒性反应;
 - 3) 穿刺部位局部出血血肿;
 - 4) 心血管症状: 穿刺期间可能发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填满、心跳呼吸骤停等;
 - 5) 由于疾病原因或病人自身因素导致的穿刺失败, 可能需要再次穿刺;
 - 6) 术中、术后出血、渗液、渗血, 损伤周围神经、动脉、静脉, 致出血、血肿形成;
 - 7) 穿刺针折断;
 - 8) 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, 我存在以下高危因素: - , 我可能出现以下特殊风险: -

患者或监护人签字:

代理人签字: 赵文华

医师签名: 李革革

骨髓穿刺术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 61岁 科别: 消化内科

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施, 及时救治。

患者知情选择

我的医生已经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。

我授权医师对引流物、抽取物、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。

我已明白医生交代的上述内容, 我同意行骨髓穿刺术, 不选择其他替代疗法。

我明确表示 同意 (同意或拒绝) ☒ 本次 ☐ 多次 (选择同意者勾选) 行骨髓穿刺术。

患者或监护人签名 _____ 签名时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 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:

代理人签名 赵文华 与患者关系 夫妻 签名时间 2021年 9月 22日 8时 30分

医生陈述

我已经告知 ☒ 患者 ☐ 患者监护人 ☒ 代理人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 李革革 签名时间 2021年 9月 22日 8时 25分

备注: 如患者既不同意以上操作, 也不签字, 请如实记录:

患者或监护人签字:

代理人签字:

医师签名: 李革革