

北京大学首钢医院

特殊检查治疗知情同意书

姓 名		性 别	男	年 龄	61岁
科 别	内分泌科	床 号		病案号	
临床诊断	糖尿病性酮症酸中毒 急性胰腺炎可能 低钾血症 肾功能不全 高血压1级 高脂血症 陈旧性脑梗死 大脑后动脉狭窄 鼻咽恶性肿瘤史 鼻咽术后				
特殊检查/治疗项目: PIOC、锁骨下静脉、颈内静脉、股静脉深静脉置管					
一、特殊检查/治疗目的: 建立中心静脉输液通路					
二、特殊检查/治疗的适应症: 1. 外周静脉条件差, 浅静脉穿刺困难, 保证治疗的顺利进行。2. 反复输入刺激性药物(如化疗药)。3. 多次采血化验。4. 长期输液及肠外营养支持等。					
三、本项检查/治疗只要您和医生配合, 一般均能顺利完成, 但因病人健康状况、个体差异及某些不可预测的因素, 在接受检查/治疗时可能出现下列风险和意外: 术中及术后可能出现的并发症、手术风险及处置办法:					
1、局部血肿、感染形成; 2、血栓性、机械性静脉炎、感染可能; 3、血栓形成或气体栓塞可能; 4、导管堵塞可能; 5、肢体水肿可能; 6、导管相关感染可能; 7、心律失常可能; 8、穿刺不成功, 浪费导管可能, 改为锁骨下、颈内静脉、股静脉等穿刺或放弃深静脉穿刺; 9、心跳骤停, 循环异常可能。					
此项检查/治疗的执行医生被医疗操作规则认真准备, 仔细观察和操作, 最大限度地避免所述风险和意外的发生。一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措拖;					
四、检查治疗费用: 医疗保险 公费 自费 计划生育 工伤 其它					
患者或家属应履行正常的交费手续。					
五、患者、家属或法定监护人、授权委托人意见:					
患者、家属或法定监护人、授权委托人已了解特殊检查/治疗知情同意书中的内容, _____ (“同意”或“不同意”) 由贵科施行该项检查/治疗, 若在执行检查/治疗期间发生意外紧急情况, _____ (“同意”或“不同意”) 接受贵科的必要处理。					
患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
如果患者无法签名知情同意书, 请其家属或法定监护人、授权委托人在此签名:					
家属或法定监护人、授权委托人签名 _____ 与患者关系 _____					
签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日					