

山东大学齐鲁医院（青岛）
超声介入诊疗知情同意书

患者姓名：杨磊 性别： 年龄：64岁 病历号：0000181864

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 气管占位 疾病，需要在 静脉 麻醉下进行 超声内镜
下气管占位病理活检 手术。

手术目的：

- ① 进一步明确疾病性质
- ② 疾病进展获得控制/部分控制
- ③ 缓解症状
- ④ 其他：

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、皮疹等严重的过敏反应，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) 穿刺活检时因病灶情况未能成功取得病灶组织，致使疾病未能明确诊断；

4) 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；

5) 肿瘤种植、转移，肿瘤或囊肿复发；

6) 术中损伤神经、血管、邻近器官及皮肤灼伤；

7) 术中术后大出血，严重者可致休克，危及生命；

8) 严重心率失常：如心动过缓、室性心动过速、心室颤动、心室停搏等；

山东大学齐鲁医院（青岛）

支气管镜检查术

患者姓名: 杨磊 性别: [REDACTED] 年龄: 64 岁 病历号: ZY010000181864

联系电话: [REDACTED]

目前诊断: 肺部病变性质待诊

手术的必要性(适应症)

依据患者当前的病史、体征及胸部 CT 等, 为协助明确诊断, 需行经支气管镜检查

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

局麻意外, 呼吸心跳暂停, 大咯血窒息, 药物过敏; 支气管粘膜水肿, 支气管穿孔, 气胸, 张力性气胸, 纵隔气肿, 皮下气肿, 胸腔积液, 脓胸等; 患者不能耐受而中断; 不可预知的情况(如停水、停电)导致操作停止; 没有达到预期的检查结果。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

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: [REDACTED] 签名日期: 2020 年 11 月 13 日

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。

可替代诊疗方案: 1.反复查痰 2.动态观察, 定期复查 CT 3.经验性治疗 4.CT 引导下经皮肺穿刺

患者签名: [REDACTED] 签名日期: 年 月 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: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED] 签名日期: 2020 年 1

1 月 13 日

山东大学齐鲁医院（青岛）
超声介入诊疗知情同意书

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

备注：

山东大学齐鲁医院（青岛）
支气管镜检查术

患者姓名: 杨磊 性别: [REDACTED] 年龄: 64 岁 病历号: ZY010000181864

联系电话:

目前诊断: 肺部病变性质待诊

手术的必要性(适应症)

依据患者当前的病史、体征及胸部 CT 等, 为协助明确诊断, 需行经支气管镜检查

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

局麻意外, 呼吸心跳暂停, 大咯血窒息, 药物过敏; 支气管粘膜水肿, 支气管穿孔, 气胸, 张力性气胸, 纵隔气肿, 皮下气肿, 胸腔积液, 脓胸等; 患者不能耐受而中断; 不可预知的情况 (如停水、停电) 导致操作停止; 没有达到预期的检查结果。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

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 [REDACTED] 手术的相关问题。

医生签名: [REDACTED] 签名日期: [REDACTED]

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。

可替代诊疗 [REDACTED] 2. 动态观察, 定期复查 CT 3. 经验性治疗 4. CT 引导下经皮肺穿刺

患者签名: [REDACTED] 签名日期: 年 月 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: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED] 签名日期: [REDACTED]