

四川大学华西医院

超声引导下脾脏穿刺活检 知情同意书

患者姓名: 性别: 女 年龄: 41 岁 病历号:

疾病介绍和治疗建议:

因患者患有 脾脏多发占位 需进行 超声引导下脾脏穿刺活检术, 此操作的目的在于取脾组织送病理, 协助确定诊断。

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下超声引导下脾脏穿刺活检术可能发生的风险, 一些不常见的风险可能没有在此列出, 医生将尽最大努力使并发症降低到最小, 但因个体差异有时会不可避免发生。手术操作过程中可能出现的意外情况如下:

1. 疼痛;
2. 出血;
3. 感染(穿刺点感染/菌血症/脓肿/败血症);
4. 误穿周围脏器;
5. 消化道穿孔;
6. 穿刺失败需再次穿刺;
7. 其他不可预知情况。

一旦发生上述风险和意外, 医生会积极采取应对措施。

患者知情选择:

1. 我的医生已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式并且解答了我关于此手术的相关问题。
2. 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。
3. 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
4. 我授权医生对手术获得的病变器官、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: 2022 年 11 月 24 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: 与患者关系: 签名日期: 年 月 日

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式并且解答了患者关于此手术的相关问题。

医生签名: 签名日期: 2022 年 11 月 28 日