

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

病案号

姓名:

性别:

女

年龄: 65

科室:

10-1

一、病情及所需手术/操作/特殊治疗
医生已解释如下病情(诊断):

放射科血管敷料包

灭菌日期 2023.02.08

包装员工

失效日期 2023.02.22

67

上述情况需如下手术/操作/特殊治疗:

经皮经肝穿刺门静脉造影+支架置入术

放射科血管手术包

灭菌日期 2023.02.08

包装员工

失效日期 2023.02.22

6

二、手术/操作/特殊治疗风险

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

1. 穿刺部位出血、血肿、感染或损伤血管及神经。
2. 药物过敏反应: 包括皮肤过敏、肺水肿、窒息、肾功能损伤等, 严重时有生命危险。
3. 心、脑血管意外。
4. 麻醉意外。
5. 血管内血栓形成、血管内膜损伤、剥脱, 血管穿孔、破裂、血管瘤, 血管夹层或假性动脉瘤, 动静脉瘘。
6. 肝、肾功能损伤或衰竭。
7. 血管破裂, 造成腹部出血; 支架移位, 需要置入多个支架。
8. 支架置入失败, 或置入后效果不满意。
9. 治疗后支架再狭窄, 甚至闭塞。
9. 感染、脓肿、败血症、感染性休克。
10. 肝脏出血, 胆管损伤, 胆血瘘发生。
10. 其它罕见并发症。
11. 极少数情况下有生命危险。
12. 本项操作所需费用及术中相关一次性耗材费用如果不能报销在我院按自费处理。

手术/操作/特殊治疗知情同意书

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

保守治疗

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

效果不佳

四、医生声明

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况：

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗及其风险
- 相关替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/近亲属/代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书

(医生签名)

(签字日期)

五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容：

- 医生已向我解释手术/操作/特殊治疗相关内容。
- 我已了解手术/操作/特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险/并发症带来的后果。
- 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 我了解当手术/操作/特殊治疗过程中出现针刺损伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且无保留。
- 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
- 医生已解释替代治疗方案及其风险。
- 医生已解释患者同意及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
- 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
- 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
- 我了解术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。
- 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

(请与横线上抄写：拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)