福建省泉州市儿童医院·妇幼保健院

麻醉知情同意书

患者姓名[redacted] 性别[redacted] 年龄[redacted] 科室[redacted] 床号[redacted]

拟行手术月期：[redacted] 身份证号码：[redacted]

术前诊断：CCAM?

拟行手术名称：支气管镜下肺活检

根据您的手术需要，您需要进行：☐镇静麻醉 ☐静脉全麻 ☐静脉吸入复合麻醉 ☑气管插管全麻 ☑喉罩全麻 ☐椎管内麻醉 ☐（腰麻 ☐腰硬联合麻醉 ☐硬膜外麻醉 ☐骶管麻醉 ☐神经阻滞麻醉 ☐低温麻醉 ☐控制性降压

麻醉一般是安全的，但由于个体差异也有可能发生麻醉意外和并发症。现在告知如下，包括但不限于：

☑ 1. 根据麻醉操作常规、按照《中华人民共和国药典》要求，使用各种、各类麻醉药后，病人有可能出现中毒、过敏、高敏、神经毒性等反应，导致休克、呼吸心跳停止；

☑ 2. 全麻时，特别是对急症饱腹病人，麻醉前已经采取力所能及的预防措施，但仍不能完全避免发生呕吐、返流、误吸，甚至窒息死亡

☐ 3. 在基础麻醉或椎管阻滞麻醉时，使用规定剂量麻药，仍导致呼吸抑制、血压下降或麻醉平面过高，虽经积极抢救，仍发生不良后果

☑ 4. 全身麻醉引起喉或支气管痉挛；

☑ 5. 肌肉松弛药敏感引起呼吸延迟恢复或不恢复，积极抢救后仍发生不良后果；

☑ 6. 某些麻醉药可引起恶性高热、精神异常；

☑ 7. 不同麻醉可能引起的并发症：

（1）按操作规程进行穿椎穿刺、插管、注射麻醉药物后，发生腰背痛、头痛、硬膜外血肿、神经损伤，甚至截瘫或残等不良后果；

（2）误入神经阻滞中麻醉药中毒性抽搐；

（3）硬膜外麻醉及术后镇痛发生全脊髓麻醉；硬膜外血肿或截瘫；一过性或永久性下肢神经损伤；腰麻后引起头晕、头痛；

（4）全麻气管插管过程中，虽按常规操作，仍发生牙齿损伤或脱落、鼻出血、唇出血、呕吐、误吸、喉痉挛、喉水肿、声带损伤、支气管痉挛、恶性心律失常，全麻后苏醒延迟或呼吸不恢复；

（5）椎管阻滞穿刺或局麻时，已严格按常规消毒操作，仍发生穿刺或注射部位感染；

（6）因麻醉和手术需要行中心静脉穿刺置管，有创动脉穿刺置管时，可能发生血气胸或血管损伤等风险；

（7）神经阻滞麻醉导致血肿、血气胸等；

（8）麻醉诱发、加重已有的合并症，导致组织器官功能衰竭；

（9）麻醉过程中，发生各种心律失常、神经反射性血流动力学改变等；

☑ 8. 麻醉手术中输血输液可能发生致热源反应、过敏反应、血源性传染病等；

☑ 9. 患者本身合并其他疾病或有需要延长治疗者，相关并发症和麻醉危险性显著增加；

☐ 10. 急诊手术麻醉的危险性明显高于择期手术患者；

☑ 11. 麻醉及手术过程中 非医保费用 由患者自行承担。

☐ 12. 术后镇痛： ☐是_____ ☐否_____

优点：减轻术后疼痛，利于伤口愈合；

缺点：恶心、呕吐、头晕、皮肤瘙痒、呼吸抑制等。

☑ 13. 其他 麻醉医师和手术医师共用气道，术中对气道管理难度会加大，患者肺炎、CCAM的可能，咳嗽、喘息，围术期有发生低氧血症、呼吸困难、心律失常、心跳停止，甚至危及生命的可能，术后有需管理CCAM的可能。

我明白在手术中，在不可预见的情况下，可根据需要变更麻醉方案或附加其他操作，我授权麻醉医师在遇有紧急情况时，为保[redacted]

[redacted]

患者/法定监护人/亲属/委托代理人 签字：[redacted]

（需附有效证件复印件、授权文件） [redacted]年[redacted]

麻醉医师签字：[redacted] 日期[redacted]

泉州市妇幼保健院·儿童医院

内镜检查知情同意书

姓名[redacted] 科别[redacted] 床号[redacted] 住院号[redacted]

患者[redacted] 性别[redacted] 年龄[redacted] 目前诊断：[redacted]

因病情需要，建议在全麻/局麻下进行支气管镜检查及介入治疗。

本次检查和/或介入治疗目的：

☑明确诊断（支气管镜常规检查、支气管肺泡灌洗、刷检、粘膜活检、经支气管活检—TBLB、经支气管针吸活检—TBNA等）。

口介入治疗（支气管肺泡灌洗、套篮取痰栓、毛刷清理痰栓、异物取出、钳夹治疗、球囊扩张气道成形术、电凝、电圈套、冷冻、激光、氩气等离子体凝固术等）

口其他：引导气道插管、心胸外科手术前检查等。

操作存在的风险和注意事项：

1. 患儿病情重、复杂或原有其他隐匿性疾病，检查(治疗)可能加重病情而突然发生意外；
2. 可能发生麻醉意外，麻醉药物过敏甚至休克，而导致呼吸、心跳骤停；
3. 检查（治疗）过程中可能因过度精神紧张而突然出现血压下降，呼吸、心跳骤停；
4. 检查（治疗）过程中后可能出现呼吸道粘膜损伤，如咽喉部疼痛、鼻衄、喉痉挛、喉水肿、支气管痉挛导致声音嘶哑、痰中带血、咯血（严重可致呼吸困难、窒息）；
5检查(治疗)过程中可能损伤周围脏器、血管及神经，导致大出血、休克，急性肾功能衰竭等并发症；
6. 检查（治疗）后可能发生局部或全身感染导致病情加重如：术后发热、哮喘发作、咳嗽气喘加重，恶心、呕吐、误吸等；
7. 检查（治疗）中后可能出现气胸、纵隔气肿、皮下气肿、呼吸困难、缺氧而危及生命；
8. 检查(治疗)中可能发生留置针脱落或断裂等难以预料的情况；
9. 检查(治疗)中发现塑型性痰栓，可能需要借助使用介入工具取出痰栓，痰栓未能取出或取不尽，部分患儿需择期进行第二次支气管镜术；
10. 检查(治疗)中可能存在异物未能发现；发现异物未能取出或取不尽；取异物时可能异物会滑脱造成异物位置改变、窒息可能或异物滑脱入胃可能；异物特殊，转五官科硬镜治疗可能；
11. 冷冻治疗后出现气道粘膜水肿，发生于主气道者可引起呼吸困难、窒息；
12. 球囊扩张气道成形术可引起气道撕裂、粘膜出血、气胸、纵隔气肿等；
13. 热消融（激光、电凝、电圈套、氩气等离子体凝固术）；可能导致局部粘膜损伤、出血、穿孔、声带损伤，致水肿、声嘶甚至呼吸困难，危及生命；
14. 根据患儿病情及疾病特点，一次治疗未能达目标功能状态，需择期二次/多次治疗，部分疾病后期需定期复查支气管镜，观察治疗情况，做相应治疗；

泉州市妇幼保健院·儿童医院

内镜检查知情同意书

姓名 [redacted] 科别 [redacted] 床号 [redacted] 住院号 [redacted]

15. 检查失败，检查结果阴性或所取组织、细胞学标本仍不能明确诊断；
16. 术中突然停电，氧气、负压吸引设备故障等各种非人为因素导致不良影响；
17. 术中因患儿不能耐受等原因随时中止手术，根据病情需要可能转至外科、NICU、PICU等其他科室，术后根据病情可能需气管插管及机械通气治疗，时间视病人病情而定；
18. 其他可能发生的不良后果。

以上情况严重时可危及生命。我们对上述风险进行了充分的考虑并采取相应防范措施，但无法保证上述风险的完全避免。

术中因病情需要须使用一次性高值耗材如：（1）异物套篮；（2）超细毛刷；（3）异物钳；（4）活检钳；（5）球囊导管+压力泵；（6）组织穿刺针；（7）细胞穿刺针；（8）其他：

以上耗材均为支气管镜诊断和/或介入治疗必用一次性物品，费用约（ ）。不得重复使用，术毕按医疗垃圾永久销毁。

病人须知：

1. 术前4-6小时内不准进食、饮水。
2. 住院患儿检查时必需随带胸部CT、面巾纸、外套、婴幼儿应更换/包好干净纸尿裤。
3检查时与医师配合，切勿紧张。
4. 检查完毕后3-4小时后开始缓慢进食易消化流质饮食，注意避免呛咳、误吸。

以上话内容是在充分尊重您的知情权的基上进行的，请您在确认理解谈话内的情况下，签字表明您的意见。

患方知情选择：

医师已经告知我需实施支气管镜检查和/或介入治疗的原因，不实施的后果、替代方案、相关准备及注意事项、操作步骤及风险、使用的一次性耗材及费用、并发症及可能的处理方式等。我方经认真考虑，决定如下：[redacted]

（1）我有充分的思想准备 （同意者写此项）患儿进行支气管镜检查和/或介入治疗，并愿意承担可能出现的风险，若在操作期间出现并发症或其他紧急情况，同意并授权医生根据患儿的病情进行治疗，按规定缴纳一切费用。并授权医师对获取的病理组织、取出的异物、细胞学标本等按相关规定处置。

（2）我经过认真考虑 （不同意者写此项）患儿进行支气管镜检查和/或介入治疗，由此延误诊断和治疗引起的一切后果自负，与医护人员无关。

患儿法定监护人或授权委托人签名 [redacted] 与患儿关系 [redacted]

签名时间 [redacted] 日

泉州市妇幼保健院·儿童医院

内镜检查知情同意书

姓 名：[redacted] 科 别：[redacted] 床 号：[redacted] 住院号：[redacted]

谈话医师签：[redacted] 签名时间：[redacted] 日