

超声引导下注射治疗及风险知情同意书

患者

过敏史：无 (1) 有 (2) 无

一、病情、诊断和治疗方案

本人因 右手伸肘障碍 等不适症状到该医院治疗。经治医师对我的病史进行了详细询问，对我的身体进行了全面的检查，并作了必要的辅助检查。经治医师告诉我，目前对我病症考虑如下诊断：右臂丛神经卡压综合征。对于该病症，医师已将目前比较好的治疗方法向我做了介绍，拟施治疗项目名称：右桡神经/臂丛神经阻滞术。

二、拟施治疗方案可能发生的并发症

在我明确表示接受该治疗方案之前，医师已经将治疗的方法和在治疗中、治疗后的并发症及其他风险都向我做了交代，本人对医师告知的内容已经清楚并理解，可能发生的意外和并发症包括但不限于：

- 1、局麻药过敏，药物毒性反应；
- 2、穿刺时出血，疼痛；
- 3、穿刺时已严格按常规消毒操作，仍发生注射部位感染；
- 4、术后头晕、恶心、呕吐，心慌、呼吸困难、声音嘶哑等不适；
- 5、导致高血压、低血压、脑血管意外、心律失常、心肌梗死、心跳呼吸骤停等严重并发症；
- 6、术后疼痛，皮下血肿

7、除上述情况外，本例治疗尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如 本病例资料及影像等因医院将收集用于学术交流、总结及发表。

医师已向我要交的治疗风险包括以上所有项目。这些并发症可以导致本人身体器官严重功能障碍，甚至留下终身残疾，严重的可能危及生命。

三、注射中紧急情况处置授权

本人明白，除了医生告知的危险以外，治疗有可能出现其他危险，并且在治疗中可能发生预想不到的情况。在此，我授权医师，在遇到预料之外的情况。从考虑本人利益角度出发，按照医学常规予以处置，尤其是发生紧急、危险情况时，本人同意授权医师可以及时处置。

四、授权医师实施注射

我允许有治疗资格的医师和由其亲自选择的、他可以信赖的助手为我实施上述治疗方案。

五、免责声明

上述问题一旦发生，本人理解这是医学上难以避免的并发症，相信医务人员将竭尽全力救治，本人对此有充分的思想准备，并积极配合医师治疗，按规定缴纳一切费用。由该治疗引发的上述情况，本人放弃通过行政、司法等途径来主张权利。

最后本人（/家属）明确 同意，做此手术。

患者签名：

联系电话：

18275767434 日期：2022年7月26日

患者家属签名：

联系电话：

日期： 年 月 日

告知医师签名：

日期：2022年7月26日