

天津市第三中心医院

特殊检查（治疗）知情同意书

姓名： 性别： 年龄：

特殊检查（治疗）名称置管

根据患者目前的病情，需进行 检查（治疗）。经治医师已针对患者病情，向患者说明该检查（治疗）的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。经治医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交待，若发生所述情况，医务人员将医疗原则予以抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗），请书面表明意愿并签字。

特殊检查（治疗）可能出现的并发症及不良后果列举如下：

1. 术中、术后出血、血肿，出血量大时可出现休克、多脏器功能衰竭；
2. 穿刺部位软组织感染，导管内感染；
3. 导管留置过程中出现管腔内血栓形成，导致输液不畅或完全闭塞不能继续使用需重新置管；
4. 导管相关性感染需拔除导管，重新置管；
5. 穿刺失败，或需要更换穿刺部位；
6. 麻醉药过敏；

医师签名：

2021-09-01

本人系患者（或患者近亲属），患者因患 疾病，需行上述检查（治疗）。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受此检查（治疗），并授权医师对检查（治疗）中切除标本或组织进行合理的医学处理，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见）：

患者签名：

患者近亲属签名：

（注明与患者的关系）

日期：

2021-09-01 09:48

天津市第三中心医院 人工肝治疗知情同意书

姓名

性别

年龄

门诊

住院

人工肝治疗的各类是：

☐ 血浆置换

☐ 血浆透析滤过

☐ 双重滤过血浆灌流

☐ 血浆灌流

☐ 其他模式

一. 人工肝治疗的目的：暂时或部分替代肝脏功能，部分清除体内致病因子，从而协助治疗肝功能不全，肝衰竭或相关疾病。

二. 治疗过程中可能出现的情况和费用问题

1. 血浆相关的并发症：因输入血浆可能导致血源性传播疾病，血浆过敏及休克、低钙血症、麻木感。

2. 抗凝剂相关的并发症：因抗凝剂导致出血或加重原有出血倾向，如脑出血、消化道出血、呼吸道出血、穿刺或手术部位出血等；抗凝剂本身及抗凝剂的拮抗剂过敏、休克、

3. 体外循环的并发症：血压下降及休克、心律失常、溶血、血小板减少、白蛋白消耗、水电解质、酸碱平衡失调、周身不适、恶心呕吐等。

4. 各种血管通路均有感染发生、血栓形成、空气栓塞的可能。

5. 感染或原有感染扩散。

6. 患者出现过敏反应，轻者皮肤瘙痒，荨麻疹，严重者可能出现喉头水肿，过敏性休克危及生命。

7. 可能出现管路及滤器凝血，造成失血，重新更换管路和滤器，增加了治疗费用。

8. 由于病情变化而临时改变或取消血液净化治疗方案，造成管路、血浆及其他药物或耗材的耗费。

9. 由于治疗中病情变化或者少数患者无法耐受治疗，医生决定临时更改或停止血液净化治疗，从而不能达到预期治疗目标和疗效。

10. 部分患者治疗后指标或症状改善不明显，部分患者需要多次治疗，甚至治疗无效。

11. 由于血浆供应紧张或耗材短缺而不能立即实施治疗，患者需要等待。

12. 治疗价格较昂贵，根据天津市工费医疗大病统筹办公室和医保中心的有关规定有些公费医疗和医疗保险包括的治疗项目，需部分或全部自费。

13. 其他不可预料的情况

上述情况如出现，医生应积极采取救治措施。多数经治疗可恢复，极少数病人出现生命危险甚至死亡。

特殊检查（治疗）知情同意书

门诊号
住院号

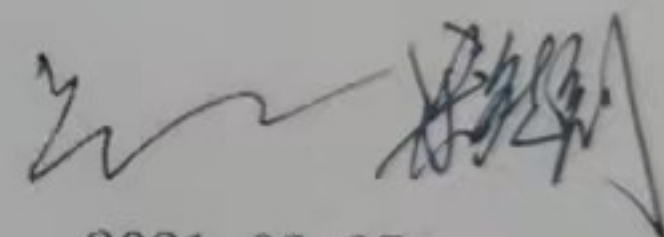
特殊检查（治疗）名称 DSA 肝穿

根据患者目前的病情，需进行_____检查（治疗）。经治医师已针对患者病情，向患者说明该检查（治疗）的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。经治医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交待，若发生所述情况，医务人员将医疗原则予以抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗），请书面表明意愿并签字。

特殊检查（治疗）可能出现的并发症及不良后果列举如下：

1. 麻醉药物过敏，甚至过敏性休克
2. 局部出血、感染、穿刺后局部疼痛
3. 肝脏破裂、腹腔内出血，失血性休克危及生命或需紧急手术治疗
4. 气胸、血胸
5. 胆道损伤、化学性腹膜炎等
6. 穿刺失败

医师签名：



2021-08-27

本人系患者（或患者近亲属），患者因患_____疾病，需行上述检查（治疗）。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受此检查（治疗），并授权医师对检查（治疗）中切除标本或组织进行合理的医学处理，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见）：

患者签名：

患者近亲属签名：

（注明与患者的关系）

日期：

2021-08-27 16:21

天津市第三中心医院

特殊检查（治疗）知情同意书

姓名

性别

门诊号

住院号

特殊检查（治疗）名称腹腔穿刺

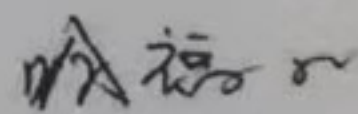
根据患者目前的病情，需进行_____检查（治疗）。经治医师已针对患者病情，向患者说明该检查（治疗）的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。经治医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交待，若发生所述情况，医务人员将医疗原则予以抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗），请书面表明意愿并签字。

特殊检查（治疗）可能出现的并发症及不良后果列举如下：

腹腔穿刺

1. 麻醉药过敏，甚至过敏性休克；
2. 穿刺局部出血、血肿、皮下淤血淤斑；
3. 放腹水过程中出现血压下降，心率增快等低血容量休克的表现；
4. 穿刺过程中损伤肠管、腹腔内血管等造成腹腔内出血、感染；
5. 穿刺后局部疼痛、感染甚至感染性腹膜炎；
6. 放腹水后出现电解质紊乱，甚至诱发肝性脑病等；
7. 放腹水后出现肾前性肾功能不全；
8. 其他不可预知情况；
9. 入院后因病情需要反复穿刺，不再另行告知相关危险；

医师签名：



2021-09-03

本人系患者（或患者近亲属），患者因患_____疾病，需行上述检查（治疗）。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受此检查（治疗），并授权医师对检查（治疗）中切除标本或组织进行合理的医学处理，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见）：

患者签名：



患者近亲属签名：

（注明与患者的关系）

日期：

2021-09-03 15:52