

厦门医学院附属第二医院

侵入性操作同意书

一、疾病诊断与手术名称:

经过必要的检查和分析,术前诊断: 1. 发热(待查) 2. 血小板减少(待查)

拟施手术(操作)名称: 骨髓穿刺术

二、手术治疗的并发症和风险:

鉴于目前医学科学技术条件的限制,在术中、术后可能出现并发症和手术风险。现特向患者告知如下:

- 1、局部血肿或局部感染;
- 2、麻醉药过敏;
- 3、继发骨髓炎;
- 4、全身出血不止;
- 5、穿刺失败或标本取材欠满意可能需再次穿刺;
- 6、其它无法预测的并发症:如呼吸心跳骤停等。

目前,医师已做好相关手术前准备,并将尽可能提供合理的手术方案,以期达到最佳疗效,并就疾病诊断、手术方案以及手术治疗的并发症和风险向患者(患者委托、患者家属)做详细说明和解释。

手术组医师签名: 田丽红

签字日期: 2020-03-26

三、患者(患者委托代理人、患者家属)意见:

患者(委托代理人、患者家属)听取医师所做详细说明和解释,并在认真阅读上述内容、询问有关事后,经慎重考虑,表示完全理解以上手术方案和手术风险,愿意承担各项风险带来的后果,并配合医护人员共同完成手术。

是否愿意手术,签字为证。

患方意见: 同意

(填同意或不同意)。

患者签名:

或患者委托代理人签名:

患者家属签名:

与患者关系:

签字日期:

2020-03-26