

特殊检查/特殊治疗知情同意书

姓名: 年龄: 72岁 科室: 神经内科病房 住院号:

拟施特殊检查/特殊治疗项目名称:

拟施特殊检查/特殊治疗项目目的:

医方告知:

一、可能出现的并发症及风险

根据您的病情,需要进行该诊疗操作,一般是安全的。但因目前医学发展所限及患者的病情、个体差异等情况,在诊疗检查操作中以及其后可能会发生某些不可预知的并发症及风险、医疗意外,严重者甚至会导致死亡。相关检查治疗风险包括但不限于以下数项:

1. 误伤大动脉,导致出血、血肿、出血性休克;
2. 血气胸;
3. 穿刺部位局部血肿、皮下气肿;
4. 淋巴漏;
5. 周围组织、神经损伤;
6. 心律失常;
7. 导管遗留、堵塞、滑脱;
8. 血栓形成及栓塞;
9. 局部感染或败血症;
10. 穿刺不成功;
11. 其他难以预料的情况。

二、替代方案:

三、其它告知内容

1. 在遇有紧急情况时,为保障患者的生命安全,医务人员会实施必要的救治措施。

2. 对于检查/治疗过程中产生的人体废弃物(人体组织、器官等),按国家相关规定可以:

(1)自行处置;(2)由医院处置;(3)对感染性等对社会有危害性的,按照国家规定由医院处置。

医师签名:

签字时间: 2023年6月26日

患方明确意见:

我已逐条详细阅读以上告知内容并得到医师通俗、详细、具体、明确的解释,充分了解了该特殊检查/特殊治疗的目的、可能发生的并发症及风险、替代医疗方案的种类及各方案的优缺点和可行性,我明确认同这些风险和替代方案,并愿意承担相应的医疗结果。经慎重考虑, 我同意 (手写“我同意”或“我不同意”)进行上述特殊检查/特殊治疗。检查/治疗中产生的人体废弃物 由医院处置 (手写“由医院处置”或“自行处置”)。

患者签名:

或患者的监护人/委托代理人/近亲属签名:

与患者的关系:

签字时间: _____

因抢救生命垂危的患者等紧急情况,且不能取得患者或其近亲属意见时,医疗机构负责人或授权的负责人签名: _____ 签字时间: _____