

昆明市儿童医院支气管镜检查/治疗知情同意书

患者姓名: 出生日期(8位数): 性别:
科室: ID号或住院号: 床号:

临床诊断: 拟行的操作名称: 支气管镜检查/治疗

施行该操作目的: 肺泡灌洗, 灌洗液涂片, 肺活检。如不施行该操作, 可能会导致: 诊断不明确, 延误病情。

根据患者的病情, 需要进行上述操作。该操作是一种有效的检查或治疗手段, 一般来说, 该操作过程是安全的, 但由于此项操作具有创伤性和风险性, 因此医师不能保证该操作的效果, 但我们将竭尽全力为患者提供优质的服务, 科学、认真、严肃、谨慎地进行此项操作。

请您认真阅读和理解这份知情同意书, 有不理解的地方, 可向医生咨询, 直至理解, 感谢您的合作。

操作潜在风险:

支气管镜检查/治疗存在发生风险的可能, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的操作方式根据患者的情况不同而有所不同。因个体差异及某些不可预料的因素, 操作中可能会发生意外和并发症, 现告知如下, 包括但不限于:

1. 术中喉、气管、支气管痉挛, 呼吸心跳骤停, 抢救无效死亡。
2. 术中大出血、分泌物多, 淹溺, 导致窒息死亡。
3. 术后症状无好转, 不能明确诊断。
4. 出现上诉危及生命情况后, 经积极抢救治疗后好转, 但仍留下后遗症。
5. 手术副损伤, 如: 牙齿断裂脱落、声带损伤、环杓关节及颈椎脱位等。
6. 术中及术后发生喉水肿, 导致呼吸困难, 必要时需行气管切开。
7. 可能发生下列并发症: 气胸、纵膈气肿、皮下气肿等。
8. 其他一切不可预料的风险。
9. 其它: ☐ 无 ☐ 有

可供选择的替代方案:

医生陈述:

我已经告知患者家属将要进行的操作方式, 此次操作可能发生的并发症和风险, 可以替代的其他治疗方法, 并解答了患者家属关于此次操作的相关问题。

医生签名: 签名时间:

患者家属意见:

我已详细阅读以上内容, 对医师的告知表示完全理解。经慎重考虑, 我决定:

☒ 同意此项操作 ☐ 不同意此项操作 ☐ 其他

我明白在此操作中, 遇有不可预见的情况时, 可能需要变更操作方案或附加其他操作。我授权医师在遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施, 并保证承担所需全部费用。

患者家属签名: 与患者关系: 父子
时间:

如果没有患者家属签字, 只能由其他人员代替签字, 请说明理由:

☐ 患者家属书面授权 ☐ 其他情况*

备注: *需填写以下内容

本人见证了医务人员对 患者家属进行了上述告知。

见证人签名: