电子病历

广西壮族自治区肿瘤医院
广西医科大学附属肿瘤医院
穿刺术知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有行穿刺术指征，医师特向您详细介绍和说明如下内容：穿刺术前诊断、建议拟行穿刺术名称、穿刺术目的、拒绝穿刺术可能发生的后果、治疗费用及治疗可能出现的并发症、医疗风险等，帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目

患者姓名 [redacted] 性别 [redacted] 年龄 [redacted]

科室 [redacted] 病房 [redacted] 病案号 [redacted]

医师告知

【穿刺术前诊断】 1. 纵隔[肿块](脓肿?) 2. 右肺癌

【建议拟行穿刺术名称】□胸腔穿刺术/□腹腔穿刺术/□骨髓穿刺/活检术/□膜椎穿刺术/□心包穿刺术指针/(同时按病需要，□需留置引流管/□需向内注射药物)

【穿刺术目的】 肿瘤治疗

【拟行穿刺术日期】 2021.5.1

【拒绝穿刺术可能发生的后果】 病情不能明确，无法治疗

【患者自身存在高危因素】

□ □1、高龄 □2、心脑血管疾病 □3、糖尿病□4、营养不良 □5、静脉血栓

□ □6、凝血功能异常 □7、其他 /

【治疗费用】穿刺术可能使用的自费或部分自费的高值耗材 /

（详见使用自费药品和高值药品告知同意书）

☑【穿刺术可能出现的并发症（共同）】：

1、麻醉药物过敏反应及意外，严重者可危及生命。

2、穿刺失败，或因标本不符合标准需再次穿刺。

3、术后因浆膜腔积液再次出现，必要时需再次行穿刺术。

4、穿刺针或引流管折断致部分针管残留体内，必要时需手术取出。

5、局部感染或全身感染。

6、穿刺部位出血、局部血肿；穿破重要血管致大出血，严重者死亡。

7、心血管症状：穿刺期间可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等。

8、穿刺放液可致血压下降或休克

9、留置引流管可能出现引流管折叠、脱落、堵塞、引流管相关感染等并发症，需拔除或再次穿刺置管。

10、拔除引流管后可能出现局部大量渗液，必要时需缝合引流口。

11、其他不可预知的风险。

□【胸穿刺术可能出现的并发症】：

1、胸膜反应：心悸、胸部压迫感、头晕、出汗、低血压休克；气胸、血气胸、皮下气肿、严重时

病人信息

电子病历

□【腹腔穿刺术可能出现的并发症】：
1、损伤肠管致感染性腹膜炎、气腹；损伤腹腔其他脏器，如膀胱、肝脏等。
2、腹腔引流管处窦道形成，腹膜粘连。
□【心包穿刺术可能出现的并发症】：
1、穿刺血肿、出血致心包填塞、假性动脉瘤、动静脉瘘等，严重者有生命危险，需手术治疗。
2、导管刺激致心律失常，严重者致室速、室颤危及生命。
3、心肌损害、心脏破裂。
☑【腰椎穿刺术可能出现的并发症】：
1、椎管内出血、蛛网膜下血肿，严重可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍。
2、穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可能，造成肢体感觉、运动障碍，甚至瘫痪、尿潴留、便失禁等;低颅压综合征。
3、颅内压力升高，引起头痛、呕吐、抽搐、癫痫发作、蛛网膜下腔出血；严重时可引起脑疝、昏迷，可引起脑功能性障碍，甚至呼吸心跳停止致死亡。
4、鞘注药物可引起急性蛛网膜炎，主要表现为颅内压增高症状。
5、鞘注化学药物可刺激引起脑脊髓膜炎及慢性神经损伤，如脊髓损伤、坏死性白质脑病、上行性瘫痪等。
（以上内容为医师所告知的患者病情、所需治疗及其风险）

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。
经治医师签字：[illegible] 签字时间：2021年5月17日9时9分
签字地点：[illegible]

患者及委托代理人意见

我及委托代理人确认：
医师向我解释过我的病情及所接受的治疗，并已就医疗风险向我进行了详细说明。我了解治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道治疗是创伤性诊疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该治疗及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询、并得到了满意的答复。我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明

(请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样)
我同意（填同意）接受该手术方案并愿意承担手术风险。
并授权医师：在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的治疗方案实施必要的抢救。
患者签字：[illegible] 委托代理人签字：[redacted]
签字时间：2021年5月17日9时20分 签字地点：[illegible]

我_____（填不同意）接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行治疗而发生的一切后果。
患者签字：_____ 委托代理人签字：_____
签字时间：____年__月__日__时__分 签字地点：_____

备注

如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。