



四川大学华西第二医院

心导管诊疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

病案号: [REDACTED]

登记号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 CU3BB/合并心律失常 需要在 今晚 下进行

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 冠状动脉造影 | ☐ 左心造影 (左室、左房) | ☐ 血管内超声 |
| ☐ 冠状动脉介入性治疗 (PCI) | ☐ 右心造影 (右房、右室) | ☐ 永久性起搏器安装术 |
| ☐ 瓣膜成形术 | ☐ 周围血管介入性治疗术 | |
| ☒ 周围血管造影 (升主动脉、腹主动脉、支气管动脉、颈动脉、肺静脉、腔静脉、肾动脉) | | |
| ☐ 临时性起搏器安装术 | ☐ 先天性介入性治疗 | ☐ 主动脉球囊反搏 |
| ☐ 右心导管检查 | ☐ 肾动脉介入治疗 | ☐ 颈动脉介入治疗 |
| ☐ 其他 (含直流电复律、除颤): <u>选择性血管介入</u> 手术。 | | |

手术简介:

(1) 心导管检查是根据病人的实际情况将特制的、有一定韧度且不透X线的导管,经周围血管送到心脏和血管的指定部位,根据心导管的走行路线,测定心血管各部分的压力及血氧含量,计算心排血量、分流量及血流阻力,分析压力曲线的波形和数值,了解解剖结构变化,以帮助诊断和鉴别诊断,为治疗提供依据,并判断治疗效果的技术。包括左、右心导管检查术和选择性血管造影。其检查内容有血流动力学、压力测定、选择性血管造影 (心房、心室、肺动脉等)、血氧含量、分流量以及心排血量的测定等。

(2) 心脏电生理检查和射频消融治疗是根据病人的实际情况将特制的、有一定韧度且不透X线的电生理导管,经周围血管送到心脏和血管的指定部位,通过电生理检查仪器描记心腔内电图等相关信息,根据检查结果帮助诊断和鉴别诊断,为进一步射频消融治疗提供依据等。

(3) 永久性心脏起搏器和植入型心脏转复除颤器是根据病人的实际情况将具有特制的起搏 (和/或除颤) 电极导线在X线指导下经周围血管送到心脏和血管的指定部位,通过测试确定起搏和感知或除颤功能良好后,与起搏器或植入型心脏转复除颤器与置入的电极导线相连,埋藏于胸前皮下或胸大肌下进行起搏 (和/或) 除颤治疗等。

(4) 临时心脏起搏植入术是根据病人的实际情况将具有特制的临时起搏电极导线在X线或床旁非X线指导下经周围血管送到心脏的指定部位,通过测试确定起搏和感知功能良好后,与体外临时起搏器相连,进行临时性心脏起搏治疗心动过缓或终止心动过速等。

(5) 先天性心脏病介入治疗是根据病人的实际情况在经左、右心导管检查的基础上,将特制的、有一定韧度且不透X线的导管、封堵装置或扩张球囊,经周围血管送到心脏和血管的指定部位进行封堵或球囊成型,评价治疗效果等。

(6) 冠状动脉造影是将特制的、有一定韧度且不透X线的导管,经周围动脉送至冠状动脉开口,推注造影剂,使心脏血管显影。介入治疗是在冠状动脉造影基础上,对需要干预的血管进行球囊扩张、支架置入,以缓解严重狭窄或完全闭塞病变,改善心绞痛症状或预后。

治疗潜在风险和对策

医生告知我如下心导管手术可能发生的风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同,医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用,包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克,甚至危及生命。



四川大学华西第二医院

心导管诊疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

病案号: [REDACTED]

登记号: [REDACTED]

3. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策:

- 1) 麻醉及造影剂并发症: 造影剂过敏者轻度皮疹、恶心, 严重者可致过敏性休克, 危及生命; 造影剂引起肾损害(造影剂肾病甚至肾功能衰竭需要长期血透治疗);
- 2) 感染(包括局部及全身);
- 3) 冠脉痉挛、穿孔、夹层、血栓、气栓引起的急性心肌缺血或心肌梗死甚至猝死;
- 4) 术中、术后可能出血及血肿形成, 主动脉夹层、动静脉瘘、假性动脉瘤、腹膜后血肿, 大出血需输血治疗, 必要时需外科手术等;
- 5) 急性心衰、休克;
- 6) 急性、亚急性、晚期支架内血栓; 血栓支架晚期贴壁不良, 支架断裂, 靶血管再狭窄等;
- 7) 心肌穿孔、血管穿孔、血管破裂及心包填塞;
- 8) 严重心律失常(有室速、室颤、心室停搏、III度房室传导阻滞、需要安装永久性起搏器及紧急电除颤等);
- 9) 导管断裂、打结; 介入器械的移位需外科取出;
- 10) 导管推送过程中可引起相关动脉痉挛损伤、闭塞甚至无脉症(经肱动脉、桡动脉通路); 导管推送过程中动脉粥样硬化斑块引起全身动脉栓塞(包括脑栓塞、蓝趾综合征以及肠系膜动脉栓塞等);
- 11) 术中损伤神经、邻近器官及相应的血管;
- 12) 下肢静脉血栓、肺栓塞;
- 13) 桡动脉径路介入操作并发症: 桡动脉闭塞、周围神经损伤、骨筋膜室综合症、气胸、血胸、脑栓塞等;
- 14) 手术后封堵器伤口渗血、血肿、封堵部位残余瘘、假性动脉瘤或动静脉瘘;
- 15) 因病情需要行主动脉球囊反搏治疗;
- 16) 手术失败, 效果不好;
- 17) 因病情需要紧急外科手术, 或急诊外科搭桥治疗;
- 18) 有些患者, 术中及术后发生全身及心脑血管意外, 可能危及生命, 甚至导致死亡;
- 20) 抗栓药物引起严重的内脏出血, 包括脑出血, 消化道出血等;
- 21) 其他(如X线机械或相关仪器故障、特殊介入器械引起的并发症);
- 22) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项, 如

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。



四川大学华西第二医院

心导管诊疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

病案号: 310667

登记号: [REDACTED]

患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。我们自愿选择进行介入治疗。

我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

我理解我的手术需要多位医生共同进行。

我并未得到手术百分之百成功的许诺。

我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

我们对该治疗的并发症及风险表示完全理解,并承担相应的风险和后果,在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时,为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案,并保证承担全部所需费用。

医生陈述

我已经告知患者针对此病各种可能的治疗方法、利弊、风险,以及此次医疗操作可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法,并且解答了患者关于此次医疗操作的相关问题。

我已知晓上述全部内容。

患者(监护人)签名: [REDACTED]

签名日期: 2019年9月16日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名:

与患者关系:

签名日期

签名日期 2019年9月16日

医务人员签名: [REDACTED]



四川大学华西第二医院

麻醉知情同意书

患者: 性别: 男

年龄: 4岁2月

登记号: 0

就诊科室: 锦江院区小儿心血管科医疗单元

床号: 11床

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有室间隔缺损疾病, 需进行 介入治疗, 治疗, 需要接受麻醉。

1. 麻醉作用的产生主要是利用麻醉药使中枢神经系统或神经系统中某些部位受到抑制的结果。

麻醉的益处: 确保手术能够顺利进行, 保障生命安全。

2. 为了保证我手术时无痛和生命安全, 手术需要在麻醉和严密监测条件下进行。麻醉医师已告知我可能的麻醉方式及必要时更改麻醉方式的可能。

3. 麻醉医师向我介绍了术后疼痛治疗的优点、方法和可能引起的意外与并发症, 并告知是自愿选择和自费项目。

可供选用的其它方式: 首选椎管内麻醉的, 必要时可以改选全身麻醉; 首选全身麻醉的, 必要时可以改选椎管内麻醉; 也可以选择由手术医师实施的局部阻滞麻醉。

拒绝麻醉可能造成的后果: 手术无法实施。

麻醉潜在风险和对策:

1. 严格执行操作常规, 按照《药典》规定使用麻醉药, 病人仍可能出现中毒、过敏或高敏、神经毒性等反应, 导致休克、呼吸、循环骤停, 严重损害脏器功能, 甚至危及生命。

2. 呼吸系统并发症: 气管插管可能引起牙齿松动、断裂、脱落、气道软组织损伤等; 吸入性肺炎或呼吸窘迫综合征; 支气管痉挛(哮喘)、喉痉挛; 呼吸抑制、气道梗阻等致通气不足。

3. 循环系统并发症: 围术期发生心律失常、心肌梗死、心跳骤停、休克、低血压等致重要脏器功能损害, 严重时危及生命或致植物人状态。

4. 神经系统并发症: 椎管内麻醉可能穿刺困难, 多次穿刺, 导致穿刺部位疼痛, 甚至意外刺破硬脊膜; 可能发生神经、血管、脊髓等组织损伤, 出现全脊髓麻醉、截瘫、椎管内感染、血肿、腰痛、头痛、硬膜外导管断裂无法取出、肢体伤残甚至呼吸心跳骤停; 围术期脑血管意外风险, 如脑出血、脑缺血、术后认知功能障碍等。

5. 围术期输血输液可能发生致热源反应、过敏反应、血源性传染病等; 各种操作可能引起组织创伤、出血、感染、坏死、神经损伤等。

6. 授权麻醉医师在病人病情治疗必要时使用自费麻醉和抢救药品及物资。

7. 胶布固定气管导管可能导致面部皮肤破损, 术后遗留色素沉着或瘢痕, 尤其是面部皮肤菲薄或胶布过敏的患者。

8. 全麻时气管插管困难、关节脱位、声嘶、声带受损、苏醒延迟、恶性高热、围术期肺栓塞、恶心呕吐。如插管困难或通气不能维持, 可能行环甲膜穿刺或气管切开术。

9. 麻醉方法的选择和改变由实施麻醉的医师根据病情和手术的需要决定。

10. 患者本身合并其他疾病或有重要脏器损害者, 相关并发症和麻醉危险性显著增加(如心脏病、高血压; 或脑、肝、肾、肺功能障碍或内分泌疾病), 病死率相应增加。

11. 麻醉期间可能有返流误吸, 尤其是未严格禁食者。

12. 可能发生术中知晓和术后回忆。

13. 急诊手术麻醉危险性明显高于择期手术患者, 手术室外麻醉危险性明显高于手术室内麻醉患者。

14. 术后镇痛治疗可能发生: 呼吸、循环抑制, 恶心呕吐, 镇痛不全, 硬膜外导管脱出等。

15. 全麻患者还可以使用可视喉镜、光杖等高级气道管理设备完成气管插管, 以有效提高插管成功率, 减少组织损伤以及术后咽痛、声嘶等。(该操作风险同第2、7条)

16. 可能通过彩色多普勒超声引导动静脉穿刺、椎管内穿刺等, 提高操作成功率。

17. 特殊风险或主要高危因素。



四川大学华西第二医院

麻醉知情同意书

患者: [redacted] 性别: 男 年龄: 4岁2月 登记号: [redacted]

就诊科室: 锦江院区小儿心血管科医疗单元 床号: 11床

根据我个人的病情, 麻醉医师向我交代可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

若在实施麻醉过程中出现风险及意外情况时, 医师将根据具体情况和抢救治疗规程, 积极实施相应的抢救治疗措施。

患者知情选择

● 麻醉医师已对我的病情、病史进行了详细询问, 麻醉医生已经告知我各种麻醉方法的利弊及将要施行的麻醉可能发生的并发症和风险、可能存在的其它麻醉方法并且解答了我关于此次麻醉的相关问题。我自愿选择以下麻醉方式:

- ☐ 气管插管类全麻 ☒ 非气管插管类全麻 ☐ 硬膜外麻醉
☐ 腰麻 ☐ 腰-硬联合 ☐ 其它

- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的麻醉方式做出调整。
- 我并未得到治疗百分之百无风险的许诺。
- 因受医学科学技术条件限制, 目前尚难以完全避免的麻醉意外和并发症表示理解。我们对麻醉的风险及并发症表示完全理解, 并自愿承担相应的风险和后果。

● 在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案, 并保证承担全部所需费用。

患者签名(手印): [redacted] 日期: 2019年9月26日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名(手印): [redacted] 与患者关系: 父母 签名日期: 2019年9月26日

通过麻醉医师介绍, 我已详细了解采用高级气道管理设备进行气管插管及相关风险, 经过慎重考虑, 自愿选择采用高级气道管理设备进行气管插管, 并同意支付相应费用。

我自愿选择采用高级气道管理设备进行气管插管

患者或授权亲属签名(手印): [redacted] 与患者关系: 父母 签名日期: 2019年9月26日

我自愿选择术后疼痛治疗: ☐ 彩色多普勒超声引导下神经阻滞 ☐ 镇痛泵 ☐ 否

患者或授权亲属签名(手印): [redacted] 与患者关系: [redacted] 签名日期: [redacted] 年 月 日

医生陈述

我已经告知患者将要施行的麻醉方式、此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、根据手术治疗的需更改变为其他麻醉方法的可能性, 并且解答了患方关于此次麻醉的相关问题。

医生签名: [redacted] 签名日期: 2019.9.26



四川大学华西第二医院

住院病人知情告知书

姓名: [REDACTED]

病案号: [REDACTED]

登记号: [REDACTED]

时间: 2019年9月26日

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 4岁2月

我于2019年9月26日入院,主管医护人员已向我和我的亲属宣传了医院有关住院病人应遵守的制度,并介绍了病区环境(含安全通道)、室内设施、使用方法及住院期间的注意事项等。并介绍了以下事项:

1. 入院期间患者如出现任何病情变化,请及时向医护人员报告;对诊疗如有异议,请与主管医师、科主任或护士长咨询。
2. 入院以后不能离观,若擅自离观,发生一切不良后果由患者承担责任。
3. 不再单独征求你同意进行的医疗内容:
 - a. 收集你的疾病情况和身体检查。
 - b. 根据诊疗规范进行常规辅助检查。
 - c. 治疗需要使用的普通药物,药物可能出现不良反应。
 - d. 普通侵入性操作与治疗:如动/静脉穿刺、静脉留置针置入、静脉药物输入、肌肉/皮下注射、导尿、吸痰、安置胃管等,这些操作可能出现操作失败需要再次操作,并可能产生局部或深部感染、出血、血管及神经损伤、相邻组织损伤等并发症。出血性疾病患者动静脉穿刺输液、采血后,可能加重局部出血、形成血肿,继发感染,甚至发生失血性休克等并发症。
4. 需要你同意并签署知情同意书的医疗项目:
各种手术、麻醉和中深度镇静、血液和血液制品的使用、特殊药品的使用及其它有较高风险的诊疗项目。
5. 我院产科为母婴同室,除新生儿沐浴及特殊治疗外,其余时间均由家属及产妇监护自己的新生儿。
6. 我院为教学医院,在医疗过程中有进修、实习医务人员参与医疗活动(接触观察患者、询问病史、查体、查阅患者资料、分析讨论病例、书写病历及病程记录、填写各类检查及处置单、医嘱和处方、实施诊疗操作、参与手术等),希望得到您的理解、支持与配合。
7. 我院医务人员、负责病案管理、医疗管理的部门或者人员因科研、教学、质量管理等需要可随时查阅、借阅病历。

我和我的亲属已知晓上述全部内容,我们表示理解并接受,并承担相应的风险和后果。在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时,为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案,并保证承担全部所需费用。

患者签名: [REDACTED] 签名日期: 2019年9月26日

患者监护人或近亲属签名: [REDACTED] 关系: 父 签名日期: 2019年9月26日

医务人员签名: [REDACTED]

签名日期: 2019年9月26日