

江油市第二人民医院
心脏临时起搏器安置手术知情同意书

告知人(医生)

姓名_____科室 心内 职务_____医师_____

被告知人

姓名_____性别 女 年龄 31 岁 与患者关系 本人

姓名_____性别_____年龄_____与患者关系_____

患者因病需行手术(检查或治疗)。对此,告知人明确告知被告知人:

1、目前诊断:

2、拟施手术(检查或治疗): 心脏临时起搏器安置手术

3、手术(检查或治疗)目的: 抢救或/及治疗

4、实施过程中及实施后可能出现的危险、并发症和意外情况

- (1) 起搏器功能障碍;
- (2) 电极脱位、折断;
- (3) 起搏器综合征;
- (4) 气胸、血胸、血管损伤;
- (5) 血栓、空气栓塞可致瘫痪;
- (6) 心肌穿孔需紧急开胸手术;
- (7) 严重心律失常,如心动过速、房室传导阻滞、室速、室颤可死亡;
- (8) 伤口出血,感染,不愈合;
- (9) 皮肤压迫性坏死;
- (10) 麻醉及其他意外。
- (11) 临时起搏器无法撤离,被迫安置永久人工心脏起搏器。
- (12) 急性心包填塞需紧急开胸手术;
- (13) 动脉血栓形成、栓子脱落造成栓塞;
- (14) 出血并发症;
- (15) 麻醉及其他意外;
- (16) 术后感染,包括伤口感染、败血症、急性心内膜炎等;
- (17) 其它难以预料的意外情况。

如发生上述意外情况及并发症,有可能虽经积极抢救仍无效果,或需要紧急外科手术处理,也可能最终导致病人死亡。

5、如出现上述意外情况,可能导致实际费用较预计费用增加,医保病人会使用非医保类药物或材料,需要病人自付(除导管和支架按一定比例报销外,其余材料包括球囊等均为自理)。

被告知人对上述内容已完全知晓并表示理解,且做如下表态(以“√”示):

☒ 同意实施该手术(检查或治疗),并愿意承担相应风险;

☐ 不同意实施该手术(检查或治疗),并愿意承担相应风险。

告知人签名: _____

被告知人签名: _____ 情况

患者未签名原因: _____

2012年11月13日

2012年11月13日