

腹腔穿刺术知情同意书

姓名: [REDACTED]

WHCH-FW-0884-B/3

病历号: [REDACTED]

患者姓名 [REDACTED]

性别女

年龄32岁

科室神经外科一病区

住院号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议:

医师已告知我患有 腹水 , 需要在 局部麻醉 下进行腹腔穿刺术。

腹水指过多的游离液体在腹腔内积聚。腹水可由肝脏病、心脏病、肾脏病、结核病、恶性肿瘤等疾病引起。各种原因导致的肝硬化及原发性肝癌是引起腹水的主要疾病。腹水形成时常有腹胀、腹部膨隆、双下肢水肿、尿量减少等表现。

腹腔穿刺术的目的是: ☒ 明确腹腔积液的性质, 协助诊断; ☒ 适量的抽出腹水, 以减轻患者腹腔内的压力, 缓解腹胀、胸闷、气急, 呼吸困难等症状, 减少静脉回流阻力, 改善血液循环;
☐ 向腹膜腔内注入药物; ☐ 其他 _____

操作潜在风险和对策:

医师告知我如下腹腔穿刺术可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 医师告诉我可与我的医师讨论有关我操作的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医师讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

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。

3. 我理解此操作可能发生的风险和医师的对策:

(1)局部感染或败血症:局部穿刺点发生红、肿、热、痛, 或全身感染如发热、寒战等; (2)麻醉药物过敏, 药物毒性反应; (3)穿刺部位局部血肿; (4)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; (5)穿刺及留置管失败; (6)术中、术后出血、渗液、渗血, 损伤周围神经、动脉、静脉, 致出血、血肿形成, 可能需要手术; (7)留置管折叠、折断、遗留、堵塞、滑脱等; (8)穿刺损伤肠管, 穿透肠管致感染性腹膜炎; (9)穿刺损伤腹腔其他脏器, 如膀胱、肝脏等; (10)腹腔留置管处窦道形成、腹膜粘连; (11)穿刺放液后可致血压下降或休克。 (12)术后胃肠道出血, 应激性溃疡, 严重者死亡; (13)术中大出血, 导致失血性休克, 严重者死亡; (14)如果卧床时间较长可能导致肺部感染, 泌尿系统感染, 压疮, 深静脉血栓及肺栓塞、脑栓塞等; (15)其它目前无法预计的风险和并发症。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、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。

一旦发生上述风险和意外, 医师会采取积极应对措施。

备注:

姓名	性别	年龄	住院号	签署日期
张某某	男	52	123456	2016.4.9

腹腔穿刺术知情同意书

姓名: 张某某 WHCH-FW-0884-B/3 病历号: 123456

医师陈述:

我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他操作方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。以后同样的腹腔穿刺术, 视为患者同意, 不再签署知情同意书, 如果有异议请事先声明。

医师签名: 张某某 签署日期: 2016 年 04 月 09 日 09 时 00 分

患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受腹腔穿刺术。同意同样的腹腔穿刺术不再签署知情同意书。

患者签名: _____ 签署日期: 2016 年 04 月 09 日 09 时 00 分

如果患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签名: 张某某 与患者的关系: 丈夫

签署日期: 2016 年 04 月 09 日 09 时 00 分

腹腔穿刺术知情同意书

姓名:

WHCH-FW-0884-B/3

病历号:

医师陈述：

我已经告知患者将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他操作方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。以后同样的腹腔穿刺术，视为患者同意，不再签署知情同意书，如果有异议请事先声明。

医师签名 柏建峰

签署日期: 2016 年 04 月 09 日 09 时 00 分

患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的操作方法、操作存在的潜在风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。愿意接受腹腔穿刺术。同意同样的腹腔穿刺术不再签署知情同意书。

患者签名_____

签署日期: 2016 年 04 月 09 日 09 时 00 分

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名， 与患者的关系 姨

签署日期: 2016 年 04 月 09 日 09 时 00 分

手术同意书

姓名:

WHCH-FW-1276-B/0

病历号:

科室: 神经外科一病区

患者姓名

性别女

年龄32岁

住院号

疾病介绍和治疗建议:

医师已告知我患有左侧大面积脑梗死, 需要在全身麻醉下进行去骨瓣减压手术。

手术目的: 颅外减压

预期效果: 颅内压降低

替代治疗方案 保守治疗

替代治疗方案的潜在风险、治疗效果、并发症等 脑疝、呼吸循环衰竭危及生命

手术潜在风险和对策:

医师告知我如下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, 具体的手术方式根据不同患者的情况有所不同, 医师告诉我可与我的医师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师讨论。

1、手术中的可能意外:

(1) 麻醉意外、心脑血管意外、猝死。

(2) 硬膜外、脑内出血, 导致或加重昏迷、偏瘫、感觉障碍、脑疝、失血性休克, 甚至死亡。

(3) 术中出血较多, 可能需要输血。

2、手术后可能并发症:

(1) 颅内出血(包括硬膜外、硬膜下、脑内血肿和脑室内出血), 引起各方面功能障碍, 如昏迷, 偏瘫, 感觉障碍, 颅神经功能障碍, 脑疝, 失血性休克, 甚至死亡。可能需要再次手术处理。

(2) 感染: 出现高热, 癫痫, 昏迷, 脑功能障碍, 脑脊液漏等情况。

(3) 手术可能导致病人脑出血、水电解质平衡紊乱、酸碱平衡失调, 消化道应激性溃疡出血, 长期昏迷导致褥疮、多器官功能障碍, 全身功能衰竭, 死亡, 并因此导致住院时间延长, 费用增加。

(4) 脑组织继续水肿加重, 再出血, 脑疝。

(5) 下肢深静脉血栓形成, 肺心脑血管栓塞, 呼吸循环衰竭。

一旦发生上述风险和意外, 医师会采取积极应对措施。

医师陈述:

我已经告知患者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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

麻醉知情同意书

威海市中心医院

姓名: [REDACTED]

WHCH-FW-1276-B/O

病历号: [REDACTED]

手术医师签名: 孙峰 签署日期: 2016年04月08日21时

经治医师签名: 孙峰 签署日期: 2016年04月08日21时

患者知情选择:

- 医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险替代治疗方案、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。
- 医师同时告知我各种治疗方案的风险、治疗效果、有效程度、可能出现的并发症外、不采取替代医疗行为的理由等。
- 我同意在手术中医师可以根据我的病情对预定的手术方式作出调整。
- 我理解我的手术需要多位医师共同进行。
- 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、细胞检查和医疗废物处理等。

对以上内容我表示理解, 我选择行 去骨瓣减压 手术。

患者签名 _____ 签署日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权委托人或法定监护人签名 [REDACTED]

与患者关系 丈夫 签署日期: 2016 年 4 月 8 日 22 时 15 分