



浙江省人民医院
ZHEJIANG PROVINCIAL PEOPLE'S HOSPITAL
杭州医学院附属人民医院
PEOPLE'S HOSPITAL OF HANGZHOU MEDICAL COLLEGE

超声介入知情同意书

姓名_____ 年龄 55岁 性别 男 门诊/住院号 _____
主要诊断 右侧桡神经浅支粘连 超声号 _____

尊敬的患者：

在您接受超声介入诊疗前，作为您的诊治医师，向您告知如下情况：

1. 超声介入名称： 右侧桡神经浅支针刺松解+分离
2. 超声介入诊疗目的：☐ 明确诊断 ☒ 治疗 ☐ 诊断和治疗
3. 本次超声介入可能出现如下打√项目的风险：
 - ☒ 感染、发热 ☒ 麻醉意外
 - ☒ 疼痛、甚至剧烈疼痛 ☒ 过敏反应
 - ☒ 损伤血管，出现大出血 ☐ 肿瘤破裂，脏器穿孔
 - ☐ 胸膜反应、胸膜损伤、气胸 ☒ 神经损伤导致相应症状
 - ☒ 临近组织器官损伤 ☐ 肝肾功能损伤、死亡
 - ☐ 肿瘤治疗不彻底、残留 ☒ 伤口延迟愈合或不愈合
 - ☐ 针道转移 ☒ 其他难以预料的意外
 - ☒ 由于各种原因导致本次操作失败
4. 可供选择的其它方法：☒ 保守治疗 ☒ 手术 ☐ 其他
5. 患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

诊治医师已经向我们详细告知了有关本次超声介入诊疗的目的及可能存在的风险。我们理解受医学科学技术条件局限，在超声介入诊疗过程中上述风险是难以完全避免的。

我 选择 (选择) 实施 右侧桡神经浅支针刺松解及分离 超声介入诊疗，并自愿承担可能出现的风险，期间若发生意外紧急情况， 同意 (同意或不同意) 接受贵院的必要处置。

患者签名 _____ 家属、监护人、委托人签名 _____
联系电话 _____

签字时间 2021 年 4 月 20 日

6. 诊治医师陈述：

我已经告知 ☐ 患者，☐ 患者家属，☐ 患者法定监护人或授权委托人有关本次超声介入诊疗的目的以及可能存在的风险，并解答了超声介入诊疗的相关问题。

诊治医师签名 _____

签字时间 2021 年 4 月 20 日