

兰州大学第二医院

肝脏穿刺术知情同意书

科室:

姓名

性别

年龄

岁

住院号

为了充分尊重和保护您在我院诊疗期间的合法权益及健康安全，并取得您对我院医务人员为您制定的诊疗方案的理解和配合，现将肝脏穿刺术的有关事宜向您告知如下，请您务必仔细阅读或听取医生讲解，并做出适当选择，以便于您能早日康复。若您对有关情况尚未充分了解，或尚不能做出选择，请不要在本同意书上签字。谢谢合作！

1. 基本情况告知：

1.1 您所患的疾病为：_____。

1.2 我院认为，针对以上病情，采取肝脏穿刺术是非常必要的。

1.3 肝脏穿刺术的主要医学目的和临床意义在于：

1.3.1 判断原因不明的肝肿大和某些血液系统疾病；

1.3.2 慢性肝炎与早期肝硬化的诊断手段；

1.3.3 不明原因的肝损伤的鉴别诊断；

1.3.4 肝囊肿穿刺后囊肿内给药治疗，以消除囊肿病灶；

1.3.5 肝脏占位性病变的定性诊断；

1.3.6 指导治疗。

2. 肝脏穿刺术的并发症和风险：

2.1 肝脏穿刺术是临床常用的诊疗技术措施，通常具有较高安全性，但也有一定危险性。

2.2 肝脏穿刺术常易发生以下并发症或风险：

2.2.1 麻醉意外，呼吸心跳停止，可危及生命；

2.2.2 穿刺过程中损伤肝脏或大血管危及生命；

2.2.3 腹膜反应加重症状或危及生命；

2.2.4 局部或全身感染、腰腹部疼痛等；

2.2.5 穿刺过程中损伤胆管发生胆汁性腹膜炎；

2.2.6 穿刺损伤其他脏器；

2.2.7 一次穿刺不成功，可能需二次穿刺；

2.2.8 其它不可预见或无法防范的意外情况。

3. 我院医务人员将采取的主要防范措施:

3.1 严格掌握肝脏穿刺术适应症和禁忌症, 并遵守技术操作规范;

3.2 穿刺前向您作知情告知谈话, 征得您的同意, 并签订知情同意书;

3.3 告知您在穿刺过程中的注意事项和如何配合医生的操作;

3.4 在操作过程中严密观察您的不适反应, 并及时处理;

3.5 向您告知术后注意事项, 并由主管医生和护士认真观察和处理有关问题。

我已详细阅读并完全理解上述内容, [REDACTED] 不同意肝脏穿刺。

患者或授权亲属签名: [REDACTED] 时间: [REDACTED]

医生陈述

我已经告知患者将要进行的穿刺方式、此次穿刺术以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患者关于此次穿刺术的相关问题。

告知医师签名: [REDACTED] 时间: [REDACTED] 日

上级医师签名: [REDACTED] 时间: [REDACTED] 日