

聊城市人民医院

脑血管造影（DSA）知情同意书

姓名

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知 可能患有动脉硬化、狭窄、闭塞，需要在

麻醉下进行 手术。

脑血管病患者中一部分存在血管畸形、动脉瘤或者其他的血管异常；针对血管狭窄、闭塞、血管再通、溃疡形成以及颅内和颅外大、小动脉夹层的诊断以及血管狭窄示侧枝循环的分析，血管造影仍是不可取代的；对于可能需要介入治疗的患者血管造影可以评价其血管病变程度知道下一步治疗。

因为导管血管造影费用高，需要专门的导管技术，而且具有 0.5%~3% 的栓塞性卒中的危险，所以一般对出血或梗死病人的病因评价只做一次。对于栓塞的诊断，血管造影在发作后几小时内就应该进行，因为血栓颗粒可能破碎，从而改变受累血管的影像，从原来的狭窄变成狭窄或正常的空腔，这些改变当然取决于拖延的时间。当怀疑大动脉粥样硬化性狭窄时，在血管造影之前进行中央视网膜动脉压检测或者多普勒超声检查，有助于灵活选用血管造影的检测部位，并且能够使血管造影集中在认为是主要的受累区域。导管血管造影是颅内动脉瘤和动静脉畸形术前评价的主要方法，尤其是需要考虑导管介入治疗时。

治疗潜在风险和对策

医生告知我如下脑血管造影（DSA）可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗方案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治疗的具体内容，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. 我理解此治疗可能发生的风和医生的对策：1) 过敏反应（包括造影剂和麻醉剂）。2) 严重心律失常，甚至危及生命（如：室上性心动过速、心室颤动、心室停搏等）。3) 感染（包括局部和全身）。4) 急性心肌梗死。5) 急性心衰、休克。6) 颅内出血（包括动脉或静脉大出血）及穿刺局部血肿。7) 血栓栓塞（由于颅内动脉斑块或心脏内栓子脱落引起脑血管栓塞）。8) 导管断裂、打结。9) 血管造影未发现病变，可能需要择期再次检查。10) 手术引起腹膜后血肿，可能危及生命。11) 穿刺不成功。12) 手术中血管痉挛。13) 手术

引起动脉夹层或血管破裂。14)放射线可能造成损伤。15)手术过程中形成假动脉瘤。
16)部分材料是付费的。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张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. 我理解治疗后如果不遵医嘱,可能影响治疗效果。特殊风险或主要的高危因素
我理解根据我个人的病情,我可能出现以下特殊并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

替代治疗方案: 颅脑 CTA

优点: 无创伤, 价格低。

缺点: 准确度低, 假阳性及假阴性率高。

医生陈述: 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,可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 王华 签名日期 2021 年 7 月 21 日 16 时 0 分

患者知情选择: 1) 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,可能存在的其它替代治疗方案并且解答了我关于此次手术的相关问题。2) 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。3) 我理解我的手术需要多位医生共同进行。4) 我并未得到手术百分之百成功的许诺。5) 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。

患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

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 王华 患者关系 女 签名日期 2021 年 7 月 21 日 17 时 0 分