

兰州市第一人民医院

心导管诊疗知情同意书

姓名

科室 心研所

床号

住院号

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有_____,需要在_____局部浸润_____麻醉下进行

☒冠状动脉造影

☐左心造影(左室、左房)

☐血管内超声

☒冠状动脉介入性治疗(PCI)

☐右心造影(右房、右室)

☐冠状动脉内斑块旋磨术

☐瓣膜成形术

☐周围血管介入性治疗术

☐周围血管造影(升主动脉、腹主动脉、支气管动脉、颈动脉、肺静脉、腔静脉、肾动脉)

☐临时性起搏器安装术

☐先心病介入性治疗

☐主动脉球囊反搏

☐右心导管检查

☐肾动脉介入治疗

☐颈动脉介入治疗

☒其他(含直流电复律、除颤): 冠脉血流储备指数测定(FFR)手术。

冠状动脉造影是将特制的、有一定硬度且不透X线的导管,经周围动脉送至冠状动脉开口,推注造影剂,使心脏血管显影。介入治疗是在冠状动脉造影基础上,对需要干预的血管进行球囊扩张、支架置入,以缓解严重狭窄或完全闭塞病变,改善心绞痛症状或预后。

其他心导管检查,包括左、右心导管检查术,可以通过导管到达指定部位,测定心血管各部分的压力及血氧含量,计算心排血量、分流量及血流阻力,分析压力曲线的波形和数值,了解解剖结构变化,以帮助诊断和鉴别诊断,为治疗提供依据,并判断治疗效果。

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下心导管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,具体的手术术式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手术的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。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. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策: 1) 麻醉及造影剂并发症: 造影剂过敏者轻度皮疹、恶心,严重者可致过敏性休克,危及生命;造影剂引起肾损害(造影剂肾病甚至肾功能衰竭需要长期血透治疗); 2) 感染(包括局部及全身); 3) 冠脉痉挛、穿孔、夹层、血栓、气栓引起的急性心肌缺血或心肌梗死甚至猝死; 4) 术中、术后可能出血及血肿形成,主动脉夹层、动静脉瘘、假性动脉瘤、腹膜后血肿,大出血需输血治疗,必要时需外科手术等; 5) 急性心衰、休克; 6) 急性、亚急性、晚期支架内血栓; 血栓支架晚期贴壁不良,支架断裂,靶血管再狭窄等; 7) 心肌穿孔、血管穿孔、血管破裂及心包填塞; 8) 严重心律失常(有室速、室颤、心室停搏、III度房室传导阻滞、需要安装永久性起搏器及紧急电除颤等); 9) 导管断裂、打结; 介入器械的断裂需外科取出; 10) 导管推送过程中可引起相关动脉

兰州市第一人民医院

心导管诊疗知情同意书

姓名

科室 心研所

床号

住院号

痉挛损伤、闭塞甚至无脉症（经肱动脉、桡动脉通路）；导管推送过程中动脉粥样硬化斑块引起全身动脉栓塞（包括脑栓塞、蓝趾综合征以及肠系膜动脉栓塞等）；11）术中损伤神经、邻近器官及相应的血管；12）下肢静脉血栓、肺栓塞；13）桡动脉径路介入操作并发症：桡动脉闭塞、周围神经损伤、骨筋膜室综合征、气胸、血胸、脑栓塞等；14）手术后封堵器伤口渗血、血肿、封堵部位残余瘘、假性动脉瘤或动静脉瘘；15）因病情需要行主动脉球囊反搏治疗；16）手术失败，效果不好；17）因病情需要紧急外科手术，或急诊外科搭桥治疗；18）有些患者，术中及术后发生全身及心脑血管意外，可能危及生命，甚至导致死亡；20）抗栓药物引起严重的内脏出血，包括脑出血，消化道出血等；21）其他（如X线机械或相关仪器故障、特殊介入器械引起的并发症）；22）除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如_____

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。5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：_____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择★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、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。★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。★我理解我的手术需要多位医生共同进行。★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、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名_____ 签名日期 2022 年 3 月 1 日

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_____ 与患者关系_____ 签名日期_____ 年 _____ 月 _____ 日

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_____ 签名日期 2022 年 3 月 1 日

兰州市第一人民医院

心导管诊疗知情同意书

姓名

科室 心研所

床号

住院号

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 冠心病，需要在 局部浸润 麻醉下进行

☒ 冠状动脉造影

☐ 左心造影（左室、左房）

☐ 血管内超声

☒ 冠状动脉介入性治疗（PCI）

☐ 右心造影（右房、右室）

☐ 冠状动脉内斑块旋磨术

☐ 瓣膜成形术

☐ 周围血管介入性治疗术

☐ 周围血管造影（升主动脉、腹主动脉、支气管动脉、颈动脉、肺静脉、腔静脉、肾动脉）

☐ 临时性起搏器安装术

☐ 先心病介入性治疗

☐ 主动脉球囊反搏

☐ 右心导管检查

☐ 肾动脉介入治疗

☐ 颈动脉介入治疗

☒ 其他（含直流电复律、除颤）：冠脉血流储备积分测定（IFFR）术。

冠状动脉造影是将特制的、有一定韧度且不透X线的导管，经周围动脉送至冠状动脉开口，推注造影剂，使心脏血管显影。介入治疗是在冠状动脉造影基础上，对需要干预的血管进行球囊扩张、支架置入，以缓解严重狭窄或完全闭塞病变，改善心绞痛症状或预后。

其他心导管检查，包括左、右心导管检查术，可以通过导管到达指定部位，测定心血管各部分的压力及血氧含量，计算心排血量、分流量及血流阻力，分析压力曲线的波形和数值，了解解剖结构变化，以帮助诊断和鉴别诊断，为治疗提供依据，并判断治疗效果。

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下心导管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，具体的手术术式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手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。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. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策：1）麻醉及造影剂并发症：造影剂过敏者轻度皮疹、恶心，严重者可致过敏性休克，危及生命；造影剂引起肾损害（造影剂肾病甚至肾功能衰竭需要长期血透治疗）；2）感染（包括局部及全身）；3）冠脉痉挛、穿孔、夹层、血栓、气栓引起的急性心肌缺血或心肌梗死甚至猝死；4）术中、术后可能出血及血肿形成，主动脉夹层、动脉瘤、假性动脉瘤、腹膜后血肿，大出血需输血治疗，必要时需外科手术等；5）急性心衰、休克；6）急性、亚急性、晚期支架内血栓；血栓支架晚期贴壁不良，支架断裂，靶血管再狭窄等；7）心肌穿孔、血管穿孔、血管破裂及心包填塞；8）严重心律失常（有室速、室颤、心室停搏、III度房室传导阻滞、需要安装永久性起搏器及紧急电除颤等）；9）导管断裂、打结；介入器械的断裂需外科取出；10）导管推送过程中可引起相关动脉

兰州市第一人民医院

心导管诊疗知情同意书

姓

科室 心研所

床号

住院号

痉挛损伤、闭塞甚至无脉症（经肱动脉、桡动脉通路）；导管推送过程中动脉粥样硬化斑块引起全身动脉栓塞（包括脑栓塞、蓝趾综合征以及肠系膜动脉栓塞等）；11）术中损伤神经、邻近器官及相应的血管；12）下肢静脉血栓、肺栓塞；13）桡动脉径路介入操作并发症：桡动脉闭塞、周围神经损伤、骨筋膜室综合症、气胸、血胸、脑栓塞等；14）手术后封堵器伤口渗血、血肿、封堵部位残余瘘、假性动脉瘤或动静脉瘘；15）因病情需要行主动脉球囊反搏治疗；16）手术失败，效果不好；17）因病情需要紧急外科手术，或急诊外科搭桥治疗；18）有些患者，术中及术后发生全身及心脑血管意外，可能危及生命，甚至导致死亡；20）抗栓药物引起严重的内脏出血，包括脑出血，消化道出血等；21）其他（如X线机械或相关仪器故障、特殊介入器械引起的并发症）；22）除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如_____

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。5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：_____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择★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、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。★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。★我理解我的手术需要多位医生共同进行。★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、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名_____ 签名日期 2022 年 6 月 25 日

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_____ 与患者关系_____ 签名日期_____ 年_____ 月_____ 日

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_____ 签名日期 2022 年 6 月 25 日