



德阳市人民医院
People's hospital of Deyang city

YW-FO-IC001

姓名: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

腰椎穿刺术知情同意书

病室 [REDACTED] 科室: 神经 [REDACTED] 目前诊断为 [REDACTED], 经研究需做 [REDACTED] 该项措施是一种有效的诊治方法, 但可能会发生意外和并发症。现告知如下, 包括但不限于:

- 1、穿刺失败。
- 2、穿刺局部疼痛及神经根性疼痛。
- 3、脑脊液漏致低颅压综合征。
- 4、穿刺损伤出血。
- 5、穿刺局部及中枢神经系统感染。
- 6、脊髓疝致瘫痪或原有瘫痪加重。
- 7、脊髓变异致脊髓损伤瘫痪。
- 8、脑疝致呼吸心跳停止导致死亡。
- 9、动脉瘤破裂导致死亡。

医疗申明: 医方认为根据您的现有病情, 该项措施是必须的, 我们将严格按照医疗工作制度 and 操作常规予以完成。该项措施一般来说是安全的, 但由于具有创伤性或/和风险性, 因此医师不能保证其措施的效果; 同时因个体差异及某些不可预料的因素, 导致上述问题的发生具有不可预知性, 轻者给患者带来痛苦和经济负担, 重者可导致病人残疾甚至死亡, 一旦出现上述情况医方将采取有效措施全力救治, 患方应予充分理解, 同时必须从医疗费用和生活护理等方面为医方展开及时救治提供保障。若因患方原因延误救治, 相应后果由患方自行承担。

患方申明: 医方已向我详细告知了该项措施的必要性、危险性及可能发生的问题。做为患方, 对此告知我已完全理解, 决定 [REDACTED] (由患方填写“自愿”或“拒绝”) 接受此项措施。我也明白在进行该项诊疗工作中, 在不可预见的情况下, 可能需要其他附加操作或变更方案, 我授权医师在遇有紧急情况时, 为保障我的生命安全实施必要的救治措施, 我将承担全部所需费用。在此予以签字确认。

同意书解释人: [REDACTED]

患方签字: [REDACTED]

与患方关系: [REDACTED]

签字日期: 2021年05月27日