

南京市江宁医院
南京医科大学附属江宁医院
腰椎穿刺及鞘内注射同意书

姓名: 科室:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患1. 癫痫持续状态 2. 肺部感染, 需要进行1. 腰椎穿刺。

因病情需明确有无中枢神经系统白血病, 治疗及化疗或移植后原发病监测的需要, 需进行腰椎穿刺, 并可能进行鞘内注射化疗药物治疗。此操作为有创伤性的操作。

手术潜在风险和对策

医生告知我腰穿/鞘内注射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, 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. 我理解任何操作及治疗都存在风险。
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. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策:

1) 穿刺过程中可能会出现如下危险:

a) 穿刺部位出血: 包括皮肤、软组织出血, 甚至椎管内出血、蛛网膜下血肿, 严重可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍;

b) 感染: 由于患者免疫力低下有可能出现穿刺部位皮肤或软组织感染, 严重可出现椎管内感染甚至中枢神经系统感染、败血症;

c) 穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可能, 造成肢体感觉、运动障碍, 甚至瘫痪、尿潴留、便失禁等;

d) 有穿刺失败的可能, 届时可能需要再次穿刺;

e) 全脊髓麻醉致呼吸心跳骤停可能;

f) 其它不可预知的风险;

2) 鞘内注射过程中及术后可能出现如下危险:

a) 化学药物刺激引起脑脊髓膜炎及白质脑病;

b) 中枢神经系统感染;

c) 颅内压力升高, 引起头疼、呕吐、抽搐、癫痫发作、蛛网膜下腔出血, 严重时可引起脑疝、昏迷, 可引起脑功能性障碍、昏迷、甚至呼吸心跳停止, 乃至死亡;

d) 术后低颅压综合征;

e) 鞘内注射药物可引起急性蛛网膜炎, 表现为头痛、颈背痛、恶心呕吐、发热、头晕等颅内压增高症状;

f) 鞘内注射药物过敏, 如: 发热、皮疹, 严重可出现过敏性休克、死亡;

g) 鞘注甲氨蝶呤或阿糖胞苷出现慢性神经损伤, 如: 脊髓损伤、坏死性白质脑病和上行性瘫痪等。

4. 其他: _____

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特殊风险: _____

南京市江宁医院
南京医科大学附属江宁医院
腰椎穿刺及鞘内注射同意书

姓名: [] : []

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操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作切除的病变器官、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

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 2020年12月17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: 2020年12月17日

南京市江宁医院
南京医科大学附属江宁医院
住院患者及家属特殊疫情告知书

姓名: _____

尊敬的朋友：您好！祝您早日康复！

根据我省突发公共卫生事件三级响应要求，根据江苏省新冠肺炎疫情防控工作领导小组相关文件精神，请您如实填写下表，在相应选项上写打“√”。请您如实填写，如有隐瞒造成疫情扩散，可能承担相应法律责任，感谢您的合作！

1. 发病前2周内有无境外，内蒙古呼伦贝尔市、四川成都市、黑龙江牡丹江市和新疆吐鲁番市或省疾控中心公布的高风险、中风险地区及周边地区，或其它有病例报告地区的旅行史、居住史：☐有
☒无；

2. 发病前2周内有无与新型冠状病毒核酸阳性者有接触史：☐有 ☒无；

3. 发病前2周内有无接触来自境外，内蒙古呼伦贝尔市、四川成都市、黑龙江牡丹江市和新疆吐鲁番市或省疾控中心公布的高风险、中风险地区及周边地区，或其它有病例报告地区的发热或有呼吸道症状的患者：☐有 ☒无；

4. 周围有无聚集性病例：☐有 ☒无；

5. 有无接触过疑似新冠肺炎患者：☐有 ☒无；

6. 家庭成员有无发热/咳嗽等症状：☐有 ☒无。

患者或家属签名：_____

2020年12月16日

医 生 签 名：_____

2020年12月16日