

安徽医科大学第一附属医院

侵入性检查/治疗知情同意书

姓名 性别 女 年龄 81 病区 干部呼吸与危重症 床号 | 住院号 2018048682

一、疾病诊断与拟行的检查名称:

- 1、临床诊断: 双肺炎症. COP?
 2、拟施行检查名称: CT 定位下经皮肺穿刺活检术

二、拟施行的检查可能出现的并发症和风险

鉴于目前医学科学技术条件的限制,在该检查中、检查后可能出现并发症和风险,告知如下:

1. 麻醉意外;
2. 术中术后应激导致呼吸心跳骤停抢救无效患者死亡等;
3. 胸膜反应、损伤肋间肌肉、血管或神经;
4. 诱发哮喘、急性心功能衰竭、低氧血症;
5. 血胸、咯血、气胸、皮下气肿及纵隔气肿;
6. 胸腔及软组织感染;
7. 结核播散或癌细胞种植;
8. 气体栓塞;
9. 其他一些不可预料的后果等。

我们将严格按照规程进行操作检查治疗,努力避免上述意外和并发症的发生,在发生时会采取积极地治疗补救措施,同时敬请患者(家属或委托代理人)谅解。目前,医师已做好相关检查前准备,并就疾病诊断、检查方法及检查的并发症和风险向患者(患者家属或患者委托代理人)做详细说明和解释。

谈话医师签名: 签字日期: 2018年6月20日

三、患者(患者家属或患者委托代理人)的意见:

患者(患者家属或患者委托代理人)在听取医师所做详细说明和解释,并认真阅读上述内容,询问有关事项后,经慎重考虑,表示理解以上检查方案和检查风险,愿意承担以上风险带来的后果,并配合医护人员共同完成该检查治疗。

是否同意检查治疗,签字为证。

患方意见: 同意

(填同意或不同意)

患者签名:

或患者委托代理人签名:

患者家属签名:

与患者关系:

签字日期: 18年6月20日

