

汕头大学医学院第一附属医院

# 介入检查（手术）知情同意书

姓名： 性别：男 年龄：69岁 床号： 科别：胆胰微创外科 住院号：

民族：汉族 身份证号码：

住院日期：2017-08-14 09:08:09

过敏史：未记录

初步诊断：急性消化道出血

拟行介入检查（手术）名称：消化道动脉造影+栓塞术

检查（手术）医师：张秀刚 谢名洋

麻醉方式：局麻

根据您的病情，您需要进行上述介入检查（手术）治疗（以下称操作）。该操作是一种有效的检查或治疗手段，一般来说，该操作和麻醉是安全的，但由于此项操作具有创伤性和风险性，因此医师不能向您保证该操作效果，但是，我们双方必须知道：“患者或家属签署手术同意书，并不能免去医疗机构和医务人员一旦违反医疗原则所应承担的相应责任。”

因个体差异及某些不可预料的因素，术中和术后可能会发生意外和并发症。现告知如下，包括但不限于：

- √1、出血：穿刺伤口局部血肿、大出血、血管破裂，消化道、泌尿道及脑出血等。
- √2、过敏性反应：术中所用药物可能造成皮肤过敏、呼吸困难、过敏性休克、溶血反应等。
- √3、休克：低血容量性休克、心源性休克等。
- √4、栓塞：全身各脏器（心、脑、肺、肾及四肢）血管的栓塞、再栓塞及导管断入体内等并发症。
- √5、相关脏器介入治疗引起的并发症：消化道动脉造影+栓塞术术中及术后可能导致恶心、呕吐、肠道缺血坏死、溃疡穿孔、再次出血及其它不可预料的并发症；如肝脏介入治疗引起消化道出血、黄疸、腹水、肝破裂、肺栓塞、肝肾功能衰竭；肺部疾病介入治疗引起脊髓损害、咯血、气胸、胸水等。

{勾选}6、化疗药物引起的毒副作用；骨髓抑制、胃肠道反应、过敏反应、脏器功能损害等。

{勾选}7、以上原因引起操作不能进行，甚至导致死亡。

√8、其他：患者病情较重，术中及术后可能因失血性休克/再次出血危及生命、甚至死亡。

以上各项谈话内容由手术医生向患者或其代理详述，取得理解和同意后，双方共同签字确认。

为了对患者负责，如对手术的危险有疑问请患者及时向手术医生询问，切勿抱有侥幸心理或其他原因疏于向医生询问。患者或其他代理人应清楚地知道：只在必要、充分了解手术风险后才签署本手术同意书。

手术医生签名：张秀刚

2017-08-18

我已详细阅读以上内容，对医师护士的告知表示完全理解，经慎重考虑我决定同意介入检查（手术）。

我明白在本次手术中，在不可预见的情况下，可能需要其他附加操作或变更手术方案，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，并保证承担全部所需费用。

我知道在本次手术开始之前，我可以随时签署《拒绝医疗同意书》，以取消本手术同意书的决定。

患者本人签名：

代理人签名：

2017-08-18

代理人与患者的关系：

夫妻