

温州医科大学附属第一医院
纤维支气管镜检查知情同意书



尊敬的患者或患者代理人：

根据您目前的病情，您有该检查的适应症，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查是指有一定危险性，可能产生不良后果的检查；由于患者体质特殊或者病情危笃，可能对患者产生不良后果和危险的检查；临床试验性检查；收费可能对患者造成较大经济负担的检查。医师特向您详细介绍和说明如下内容：特殊检查项目名称、目的、费用、可能出现的并发症、风险及替代医疗方案，帮助您了解相关知识，作出选择。

【检查前诊断】 肺占位

【拟行检查指征及禁忌症】

检查指征：气管、支气管腔内的病变；肺部弥漫性病变；肺内局灶性病变；支气管腔外病变等。

禁忌症：严重心肺功能障碍；严重心律失常；全身情况极度衰竭；不能纠正的出血倾向；严重的上腔静脉阻塞综合征；新近发生的心肌梗塞、不稳定心绞痛；疑有主动脉瘤；严重的肺动脉高压等。

【不同的检查方案介绍】根据您的病情，目前我院主要有如下治疗方法和手术方式：

1、纤维支气管镜检查：是将细长的支气管镜经口或鼻置入患者的下呼吸道，即经过声门进入气管和支气管以及更远端，直接观察气管和支气管的病变，并根据病变进行相应的检查和治疗。通常包括经支气管镜病灶活检、支气管粘膜刷检、经支气管镜透壁肺活检及经支气管镜针吸活检。大多数肺部及气道疾病，需要通过经支气管镜活检术来确定诊断，这是最常用的一项检查项目。

2、B超或胸片或CT检查：有局限性，不易确定病因。

3、PET/CT检查：价格贵，不能明确病理类型。

【建议拟行检查名称】 纤维支气管镜检查

【检查目的】 了解支气管腔内病变，并可通过灌洗、TBLB、TBNA等协助诊治。

【拟行检查日期】 2018. 4. 16

【拒绝检查可能发生的后果】 延误诊断、治疗，增加痛苦，加剧病情发展，危及生命

【患者自身存在高危因素】 无

【检查费用】【高值医用耗材】术中可能使用的高值医用耗材

☐ 自费部分 ☐ 自费 ☐ 超过千元 （详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）

【检查中可能出现的并发症、医疗风险】

1、麻醉药物过敏，药物毒性反应：如顽固性休克、呼吸心跳骤停等，麻醉加重原有疾病或诱发隐匿疾病，如哮喘等。

2、操作过程中可能发绀或缺氧，或声带、喉头水肿或痉挛，哮喘发作，导致呼吸困难。

3、心脑血管意外，损伤其他重要脏器等。

4、自发性气胸、纵膈气肿。

5、气道出血、阻塞性肺炎、肺不张、窒息。

6、鼻腔出血、声带损伤。

7、严重时可能导致心跳呼吸停止导致死亡，但发生率极低。

8、介入治疗后继发感染，咯血，气囊破裂、支架移位等。

9、灌洗或TBNA或TBLB后出血、感染、气胸、纵膈气肿等风险增大。

10、操作不成功；或结果仍不能明确诊断，可能需再次或多次检查。

术者/经治医师签字：[Signature]

患方签字：



扫描全能王 创建

温州医科大学附属第一医院
纤维支气管镜检查知情同意书



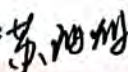
姓名

【检查后主要注意事项】 2小时后才能进水进食，注意观察血压脉搏，如咯血较多须及时纠正。

鉴于检查设备、条件、位置、体质等因素的影响，该特殊检查可能不能完成，有可能不能得出检查结果，或检查结果得出后仍无法作出明确诊断，需再做进一步的检查；且结果存在一定的误差率；检查结果需要医师结合临床综合诊断。

我们将以高度的责任心，认真执行检查操作规程，做好抢救物品的准备，针对可能发生的并发症做好应对措施及检查过程中的密切观察。该检查一般不会引起严重的并发症，出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果的情况很少，但由于医疗技术水平的局限性，个人体质的差异，医疗意外风险不能做到绝对避免，也可能出现不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者代理人已知并理解了上述信息。


术者/经治医师签字： 签字时间：2018年04月13日16时35分 签字地点：内镜室

患方意见：

医师向我解释过我的病情及所接受的特殊检查，并已就第(1)到(10)项医疗风险向我进行了详细说明。我了解该检查可能出现的风险和结果的不确定性等情况。

医师也向我介绍过其他可替代检查方案及其风险，我也知道我有权拒绝或放弃此项检查，并知道由此带来的不良后果及风险；我已就我的病情、该检查及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明：


我  (填同意) 接受该检查方案并愿意承担检查风险。并授权医师：在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以急处置，更改并选择最适宜的方案实施必要的抢救。

患者/法定监护人/委托代理人签名1：

签字时间：2018年04月13日16时35分

与患者关系

签字地点：


(内镜室)

我 (填不同意) 接受该检查方案，并且愿意承担因拒绝施行检查而发生的一切后果。

患者/法定监护人/委托代理人签名2：

签字时间：2018年04月13日16时35分

与患者关系

签字地点：

【备注】 如果患方拒绝签字， 请医生在此栏中说明并双签名：



扫描全能王 创建