

解放军第一五〇中心医院

骨髓穿刺/活检术知情同意书

患者姓名:	性别: 男	年龄: 67岁	科别: 口腔科病区	病案号:
疾病介绍和治疗建议: 医生已告知我患有 1、腮腺肿瘤(右) 2、血小板减少, 需要在局部麻醉下进行骨髓穿刺/活检术。 骨髓穿刺/活检术的目的是: ✓ 穿刺取骨髓, 协助确定诊断及检测病情变化; ✓ 骨髓组织性病理检查, 协助确定诊断及检测病情变化;				
操作潜在风险和对策: 医生告知我骨髓穿刺/活检可发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的医疗方案术式根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我医疗方案的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。 1. 我理解任何麻醉都存在风险。 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. 我理解此医疗方案存在以下并发症风险和局限性: 1) 局部感染或败血症: 局部穿刺点发生红、肿、热、痛, 或全身感染如发热、寒战等; 2) 局麻药过敏, 药物毒性反应; 3) 穿刺部位局部出血血肿; 4) 心血管症状: 穿刺期间可能发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等; 5) 由于疾病原因或病人自身因素导致的穿刺失败, 可能需要再次穿刺; 6) 术中、术后出血、渗液、渗血, 损伤周围神经、动脉、静脉, 致出血、血肿形成; 7) 穿刺针折断; 8) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项 4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。 5. 我理解治疗后如果我不遵医嘱, 可能影响治疗效果。 一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。				
医生陈述: 我已经告知患者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、可能存在的其他治疗方法并解答了患者关于此次操作的相关问题。 医生签名: 签名日期: 2018-12-05				
患者知情选择: 医生已经告知我将要进行的操作方法、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了关于此次操作的相关问题。我愿意接受骨髓穿刺/活检术。 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: 2018年12月5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: 年 月 日				

