

贵州省人民医院·贵州省心血管病医院
心律失常诊断、治疗知情同意书

1321313131313131

姓名: [] 性别: 男 年龄: 15 岁 科别: 心内科 床号: 16 病案号: 536364
临床诊断: 先天性长QT间期综合征-高度室性心律失常-起搏器植入术-起搏器综合征心电监护。
本患者的临床重要情况和特殊问题: 心电监护 [] 心脏同步化治疗 []

根据您的病情,您需要实施 ☐ 心内电生理检查 ☐ 经导管射频消融术 ☐ 临时心脏起搏器安置术 ☒ 人工心脏永久起搏器安置术 ☐ 埋藏式心律转复除颤器安置术(以下称操作)。该操作是一种有效的诊断、治疗手段,通常情况是安全的,但由于该操作具有创伤性和风险性,因此医师不能向您保证操作效果。因个体差异及某些不可预料的因素,操作过程中和术后可能会发生意外和并发症,现告知如下:

- ☐ 1. 射频消融术不成功或术后复发;
- ☐ 2. 手术累及心脏起搏传导系统导致窦房结功能损害和/或房室传导阻滞;
- ☐ 3. 导管在体内折断、遗留、打结;
- ☒ 4. 血管穿刺不成功,更换穿刺部位;
- ☒ 5. 药物(包括造影剂、麻醉剂及其它药品)过敏导致皮疹、过敏性休克;
- ☒ 6. 严重心律失常(包括室性心动过速、心室颤动及心脏停搏等);
- ☒ 7. 穿刺、手术局部损伤导致出血、血肿、出血性休克、动静脉瘘、假性动脉瘤;
- ☒ 8. 皮下气肿、血胸、气胸、血气胸、淋巴漏及纵隔损伤;
- ☒ 9. 心脏穿孔、破裂、瓣膜损伤及心包填塞;
- ☒ 10. 动、静脉血栓形成及栓塞(包括肢体动脉、肺、脑及其它内脏动脉栓塞);
- ☒ 11. 术后局部感染、感染性心内膜炎、败血症;
- ☒ 12. 医源性房间隔缺损;
- ☒ 13. 起搏器电极绝缘层破裂、电极断裂、移位;
- ☒ 14. 起搏器功能故障、电池提前耗竭(在担保期内发生,由起搏器生产厂商负责);
- ☒ 15. 起搏器囊袋皮肤破溃坏死、起搏器埋藏处肌肉跳动、膈肌和腹肌刺激性收缩;
- ☒ 16. 起搏器综合征、起搏器介导心动过速;
- ☐ 17. 埋藏式心律转复除颤器的不适当电击和电风暴;
- ☐ 18. 周围神经损伤(桡神经、尺神经、正中神经、腋神经、股神经等);
- ☐ 19. 其它;

以上情况重者可能导致重要器官功能受损,甚至危及生命。

谈话医师签字:

2014年12月1日

我已详细阅读以上内容,对医师的告知表示完全理解,经慎重考虑,我决定进行该操作。我明白在该操作中,在不可预见的情况下,可能需要其他附加操作或变更治疗方案,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救治措施,并保证承担全部所需费用。我知道该操作开始之前,我可以随时签署《拒绝医疗同意书》,以取消本同意书的决定。

患者签字:

2014年12月1日

法定监护人或委托代理人签名:

法定监护人或委托代理人的有效身份证件种类及号码:

2014年12月1日

心律失常诊断、治疗知情同意书

姓名: [] 性别: 男 年龄: 13 岁 科别: 儿 床号: 30 病案号: 285652

临床诊断: 房颤

本患者的临床重要情况和特殊问题:

根据您的病情,您需要实施 ☒ 心内电生理检查 ☐ 经导管射频消融术 ☐ 临时心脏起搏器安置术 ☒ 人工心脏永久起搏器安置术 ☐ 埋藏式心律转复除颤器安置术(以下称操作)。该操作是一种有效的诊断、治疗手段,通常情况是安全的,但由于该操作具有创伤性和风险性,因此医师不能向您保证操作效果。因个体差异及某些不可预料的因素,操作过程中和术后可能会发生意外和并发症,现告知如下:

- ☐ 1. 射频消融术不成功或术后复发;
- ☐ 2. 手术累及心脏起搏传导系统导致窦房结功能损害和/或房室传导阻滞;
- ☐ 3. 导管在体内折断、遗留、打结;
- ☐ 4. 血管穿刺不成功、更换穿刺部位;
- ☐ 5. 药物(包括造影剂、麻醉剂及其它药品)过敏导致皮疹、过敏性休克;
- ☐ 6. 严重心律失常(包括室性心动过速、心室颤动及心脏停搏等);
- ☐ 7. 穿刺、手术局部损伤导致出血、血肿、出血性休克、动静脉瘘、假性动脉瘤;
- ☐ 8. 皮下气肿、血胸、气胸、血气胸、淋巴漏及纵隔损伤;
- ☐ 9. 心脏穿孔、破裂、瓣膜损伤及心包填塞;
- ☐ 10. 动、静脉血栓形成及栓塞(包括肢体动脉、肺、脑及其它内脏动脉栓塞);
- ☐ 11. 术后局部感染、感染性心内膜炎、败血症;
- ☐ 12. 医源性房间隔缺损;
- ☐ 13. 起搏器电极绝缘层破裂、电极断裂、移位;
- ☐ 14. 起搏器功能故障、电池提前耗竭(在担保期内发生,由起搏器生产厂商负责);
- ☐ 15. 起搏器囊袋皮肤破溃坏死、起搏器埋藏处肌肉跳动、膈肌和腹肌刺激性收缩;
- ☐ 16. 起搏器综合征、起搏器介导心动过速;
- ☐ 17. 埋藏式心律转复除颤器的不适当电击和电风暴;
- ☐ 18. 周围神经损伤(桡神经、尺神经、正中神经、腋神经、膈神经等);
- ☐ 19. 其它:

以上情况重者可能导致重要器官功能受损,甚至危及生命。

谈话医师签字: []

2010年10月27日

我已详细阅读以上内容,对医师的告知表示完全理解,经慎重考虑,我决定进行该操作。我明白在该操作中,在不可预见的情况下,可能需要其他附加操作或变更治疗方案,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救治措施,并保证承担全部所需费用。我知道该操作开始之前,我可以随时签署《拒绝医疗同意书》,以取消本同意书的决定。

患者签字: []

2010年10月27日

法定监护人或委托代理人签名: []

法定监护人或委托代理人的有效身份证件种类及号码:

2010年10月27日

医生签名: