



骨髓穿刺、骨髓活检术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 63岁 科室: 血液科 住院号: [REDACTED]

【初步诊断】1. 1. 放疗后骨髓抑制 2. 2. 骨孤立性浆细胞瘤 3. 3. 高血压1级

【拟行检查项目】

☒骨髓穿刺术 ☐骨髓活检术 ☐其他:

【拟穿刺部位】

☒髂后上棘 ☐髂前上棘 ☐胸骨 ☐其他部位:

【检查目的】评估病情

骨髓穿刺术、骨髓活检术是血液病患者必要的诊断性检查方法, 尽管对绝大多数病人来讲是安全的, 但作为创伤性检查项目, 仍有可能出现以下情况:

1. 麻醉药物过敏、麻醉意外等
2. 心脑血管意外
3. 周围组织脏器损伤
4. 出血、感染甚至休克
5. 手术中取材不满意, 需要更换部位穿刺
6. 检查无法进行或操作失败
7. 经上述检查仍不能完全明确诊断
8. 其他不可预料的情况。

【医疗替代方案】

无

【医生承诺】任何诊疗措施都有一定的风险, 有些医疗意外和并发症是医务人员和现代医学知识难以预见、难以完全避免和防范的。作为您的医生我将严格遵守医疗操作规范, 尽最大努力做好手术(操作), 减少并发症。请您理解并配合诊疗。

医师签名: [REDACTED]

日期: 2019-08-19 14:24:00

【患方知情】

上述情况医生已明确告知, 我已经得到了骨髓穿刺术的相关信息, 对医师的告知及手术风险表示完全理解, 经慎重考虑, 决定: [REDACTED] (请填“选择”或“拒绝”) 本诊疗方案, 并以签字为证:

患者/法定代理人签名: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED] 日期: 2019年 8月 19日

