

深圳市龙华区中心医院

肾穿刺活检术知情同意书

性别:男 年龄:31岁 科室:肾病风湿科(住院) 床号:02床 住院号

疾病介绍与治疗建议

医生已告知我患有“肺出血肾炎综合征”，需要在局麻麻醉下进行肾穿刺活检术。主要目的是明确病理类型，以确定临床诊断，指导治疗方案。

手术潜在风险与对策

医生告知我如下组织活检术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的手术是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手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
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. 我理解此手术存在以下风险和局限性：
 - 1、镜下血尿或肉眼血尿。
 - 2、肾周血肿，多在1-2周内消失。
 - 3、严重肾损伤、肾周大血肿，严重时可致出血性休克，需做介入栓塞治疗、部分肾切除或全切除。
 - 4、动静脉瘘形成，95%以上的动静脉瘘能在3-30个月内自发愈合，严重者可表现血尿、肾周血肿、顽固性高血压、进行性心力衰竭，可作动静脉血栓治疗，必要时手术。
 - 5、损伤周围脏器、血管。
 - 6、局部感染。
 - 7、疼痛、呕吐。
 - 8、取材不满意，部分病人根据病情需要进行重复穿刺。
 - 9、术后需要卧床24小时或更长时间，在个别高危患者中可能会并发深静脉血栓形成。
 - 10、穿刺后出血并发症时，需延长卧床时间，必要时还需要输血、甚至需要动脉栓塞止血或手术治疗。
 - 11、麻醉意外。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择(同意者在□打√；不同意者□在打×，并在相应处签名)

√我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

√我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

√我理解我的手术需要多位医生共同进行。

√我并未得到手术百分之百成功的许诺。

√我授权医师对手术切除的病变器官、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

深圳市龙华区中心医院

肾穿刺活检术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 31岁 科室: 肾病风湿科(住院) 床号: 02床 住院号: [REDACTED]

物处理等。

患者意见 同意 签名: [REDACTED] 签名时间: 2019年09月25日08时59分
如果患者无法签署知情同意书, 请其亲属或授权人在此签名:

患者亲属或授权人意见 签名: 与患者关系
签名时间: 2019年09月25日08时59分

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。



医生签名: 李书太 签名时间: 2019年09月25日08时59分



深圳市龙华区中心医院

血液透析知情同意书

性别:男 年龄:31岁 科室:肾病风湿科(住院) 床号:29床 住院号: [REDACTED]

临床诊断: _good-pasture综合征_

治疗项目名称: 血液透析、血浆置换。

目的: 清除毒素、炎性介质、清除过多的容量负荷、纠正电解质及酸碱平衡紊乱等。

因患者个体差异及某些不可预测的因素,在接受治疗时可能出现以下并发症及风险:

1. 出血(局部静脉穿刺部位及全身性出血、血肿、手术伤口渗血);
2. 首次使用综合征;
3. 失衡综合征;
4. 制热源反应;
5. 心绞痛、心肌梗死、心律失常、脑出血、脑梗死等心脑血管意外;
6. 血压波动(低血压、休克、血压升高);
7. 电解质紊乱;
8. 感染(导管感染或全身性感染),严重者可出现败血症、感染性休克;
9. 导管断裂、脱出;导管局部血栓形成、气栓;
10. 溶血、管路出血与凝血,血栓及空气栓塞、血滤机故障;
11. 患者不能耐受,治疗被迫中止;
12. 长期血液透析有极少数概率感染乙型肝炎、丙型肝炎、艾滋病等血液传播疾病风险;
13. 其他意外。

出现上述各项并发症的治疗对策: 医护人员按医疗操作规则认真准备,仔细观察和操作,最大限度地避免上述并发症的发生。我们一定以高度责任心,尽心做好我们的工作,若上述并发症一旦出现,我们会立即采取相应措施进行治疗或抢救。当发生并发症后,医院保证给患者施以积极的治疗或抢救,治疗或抢救所发生的费用均有患者负担。

医生签名: 李书龙 日期: 2019 年 8 月 28 日

患者(或者委托人)意见: 同意。我已认真阅读了本知情同意书,对该项治疗可能出现的并发症及意外有了全面了解,我愿意承担以上风险,同意该项治疗。

患者(或者委托人)签名: [REDACTED] 日期: 2019 年 8 月 28 日

