

成都大学附属医院

心内科侵入性检查/治疗知情同意书

患者姓名: 性别: 女 年龄: 30岁 床号: 40 病案号:

初步诊断: 房间隔缺损

医师告知:

根据患者的病情, 需要进行房间隔缺损封堵术这是一种常用的、有助于诊断/治疗房间隔缺损的手段, 但其具有侵入性的特点, 以及患者个体差异及某些不可预料的因素, 可能伴有除以下所述并发症及创伤等不良后果外, 尚有第二页第七条中所述的并发症及创伤等风险, 故医师不能保证该检查/治疗方法的绝对效果和安全, 术中及术后出现严重不良后果及风险者可能导致死亡。包括但不限于:

1. 麻醉剂、造影剂(使用造影剂显示血管位置及形态时)过敏及造影剂所致肾功能损害;
2. 高迷走反射(严重者可致心跳骤停);
3. 气胸、血胸; 4. 大出血(特别是在高强度抗凝、抗血小板情况下使脑出血、消化道出血等并发症发生机率增加)、血肿、血管夹层或破裂、动脉瘤及动静脉瘘形成;
5. 栓塞(包括肺栓塞、脑栓塞、急性脑卒中、冠状动脉栓塞)、血栓形成;
6. 导管和/或起搏电极打结、缠绕、断裂;
7. 严重心律失常(包括严重室性心律失常, 高度房室传导阻滞, 必要时需安置永久人工心脏起搏器等);
8. 心力衰竭(包括急性肺水肿);
9. 心包填塞、休克、猝死;
10. 需紧急外科手术治疗, 如心包开窗引流等;
11. 操作不成功(如因血管畸形等原因致导管无法到位等);
12. 感染(包括感染性心内膜炎); 13. 其他不能完全避免的不良后果。

告知医师签名:

日期: 2020-04-06 13:35

患方声明:

我已详细阅读本页和背面第 七 条的内容, 对医师详细告知的各种风险表示完全理解, 经过慎重考虑, 我 同意 (同意或不同意) 做此检查/治疗。我明白在本次检查/治疗中, 在不可预见的情况下, 可能需要其它附加操作或变更检查/治疗方案, 我授权医师在遇到紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施, 并保证承担所需费用。

我知道在本次检查/治疗开始之前, 我可以随时签署拒绝检查/治疗的意见, 以取消本知情同意书的决定。

一、左心室及选择性冠状动脉造影检查: 1. 急性冠状动脉夹层、急性心肌梗塞或心绞痛发作; 2. 需紧急行冠脉介入治疗; 3. 需紧急外科手术治疗, 如急诊冠状动脉搭桥手术等。

二、经皮腔内冠状动脉介入治疗: 1. 急性冠状动脉夹层或破裂、急性心肌梗塞或心绞痛发作; 2. 支架脱落或