

## 创伤性检查、治疗知情同意书

姓名: 科别呼吸与危重症科监护室 床号1 住院号 ID号:

患者: 性别: 女 年龄: 49

诊断: 气管肿物并狭窄  
拟定检查、治疗: 纤维支气管镜检查及治疗  
拟定麻醉方式: 局麻  
检查、治疗目的: 支气管镜检查+气管内肿物切除术  
拟定检查、治疗时间: 2019-12-12

### 疾病介绍和治疗建议

纤维支气管镜(包括纤维支气管镜、电子支气管镜)检查是呼吸系统疾病临床诊断和治疗的重要手段,并已在临床广泛应用。医生告知我目前诊断考虑为气管肿物并狭窄。根据病情诊治的需要,我需要进行支气管镜检查或治疗。医生仔细向我介绍病情,并作出是否接受检查的决定。本次检查治疗包括检查名称

### 纤维支气管镜检查潜在风险

我理解此项检查/治疗可能出现的风险:

- 1、麻醉反应及药物过敏。
- 2、喉头水肿、痉挛,窒息。
- 3、置镜困难,终止检查。
- 4、出血,严重出血可能导致休克。
- 5、术中缺氧加重,支气管痉挛,窒息甚至呼吸骤停。
- 6、气胸、血胸、脓胸,严重时需要进行胸腔闭式引流。
- 7、术中或术后心血管意外,如严重心律失常、心搏骤停、血压升高、脑血管意外。
- 8、术后复发、转移、肺部感染扩散。
- 9、术后仍未能明确诊断。
- 10、牙齿脱落、出血。
- 11、声带损伤。
- 12、术前病理为良性,但术中或术后病理提示恶性,需中转开胸手术切除或二次手术或术后辅助放疗。
- 13、其它难以预料的意外。

### 特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情,我可能出现未包括上述所交代并发症意外的风险,包括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

- 1、医生已经告知我将要进行的诊治方案、此次诊治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检查/治疗的相关问题。
- 2、我完全理解此次检查/治疗的必要性和存在的风险,并同意上述治疗方案。
- 3、我同意在诊治中医生可以根据我的病情对预定的治疗方案做出调整。
- 4、我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 5、我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料进行处置,包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 6、我已如实向医生告知我的所有病情,如有隐瞒一切后果自负

## 创伤性检查、治疗知情同意书

姓名                      科别呼吸与危重症科监护室 床号 1 住院号                      ID号:                     

经过医生以通俗的语言详细告知,我已充分理解了本项检查的风险和可能发生的并发症,并理解这是目前医学上难以避免的风险。经过认真慎重考虑,我自主决定( ☒ 同意 / ☐ 不同意 ) 接受本项检查,并有充分的思想准备愿意承担可能面临的风险。在此特申请并授权委托珠江医院为我施行本项检查,在执行检查的过程中,一旦出现术前无法预料的特殊情况,同意并接受珠江医院根据具体情况对我实施相应的抢救措施。

患者签字:                       
患者法定代理人或委托代理人签字:  
性别:  
身份证号码:  
住址:

签字时间: 2019 年 12 月 12 日 10 时 30 分  
与患者关系:  
年龄:  
联系电话:  
签字时间:     年     月     日     时     分

## 医生陈述

我已告知患者将要进行的诊治方案、此次诊治过程中及诊治结束后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它诊治方法并且解答了患者关于此次诊治的相关问题。

医师签名: 方泽葵

签字时间: 2019 年 12 月 12 日 10 时 30 分

## 纤维支气管检查和(或)纤支镜下活检须知

1. 检查前4小时内禁食。
2. 检查前半小时: 雾化吸入2%利多卡因15ml; 安定(西地泮)10mg, 肌肉注射; 阿托品0.5mg, 肌肉注射。
3. 将近期胸部x线片、必要时胸部CT片带来, 确定病变部位。
4. 有出血倾向者需做凝血时间和血小板计数检查。
5. 年老体弱、心肺功能不佳者做心电图、肺功能检查。
6. 检查前请取下活动假牙, 妥善保管。
7. 下镜子时请勿紧张, 要全身放松, 头尽量后仰。
8. 检查完2小时内勿进食、饮水。
9. 行纤支镜检查, 需有人陪同。
10. 做无痛纤维支气管镜检查的患者应有人陪同, 检查完3小时内勿驾驶机动车及高空作业。