

# 首都医科大学附属北京世纪坛医院

## 超声造影检查知情同意书

患者姓名

性别

女

年龄

36

病案号

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 左乳肿物，因病情需要，需要对我进行超声造影检查以便对我所患疾病进一步鉴别诊断。

超声造影是应用对人体安全的微泡超声造影剂和低机械指数的造影成像技术，是对人体占位性病变良恶性鉴别、血管斑块活性、血栓鉴别、心肌功能评价、风湿免疫性关节病活动性评估、输卵管通畅性检查等有效的方法，该方法简单、便捷、安全性高，有助于对病变的发现、定位、定性及治疗疗效的判断。

【目的】 鉴别诊断，疗效评估。

【禁忌症】

- 1.对所用造影剂过敏或其他成分过敏者。
- 2.近期急性冠脉综合征或临床不稳定性缺血性心脏病者。
- 3.伴有右向左分流的心脏病患者。
- 4.重度肺动脉高压患者（肺动脉压>90mmHg）。
- 5.未控制的系统高血压患者。
- 6.成人型呼吸窘迫综合征患者。
- 7.孕妇和哺乳期患者。
- 8.18岁以下患者。

【造影剂】

☒ Sonovue（声诺维） ☐ 生理盐水 ☐ VB<sub>6</sub>+NaHCO<sub>3</sub>

【注药途径】

☒ 经肘静脉 ☐ 经腔内

### 手术潜在风险和对策

医生告知我下述超声造影检查可发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方式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的检查具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1.我理解任何检查、治疗、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.我理解检查及治疗可能发生的风险和医生的对策：

1) 面部潮红、头痛。

2) 注射部位疼痛、局部发热、红斑、皮疹、瘙痒、青肿等。

3) 其他少见的不良反应，如恶心、呕吐、眩晕、腹痛、发热、感觉异常、高血糖、视觉异常、背痛、咽痛、皮疹、感觉运动麻痹等。

4) 发生过敏性休克、心脑血管意外及其他难以预料的、危及患者生命、可致残的意外情况。

### 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：

无

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

**替代医疗方案（不同治疗方法、手术方式或检查方案的介绍）**

根据我的病情，医生告知目前医院主要有如下治疗方法、手术方式或检查方案

乳腺MRI

**患者知情选择**

- 我的医生已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗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治疗的相关问题。
- 我同意在治疗中医生可根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
- 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对治疗切除的病变器官、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物处理等。

患者签名                     

签名日期 2018 年 11 月 13 日 14 时 00 分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权委托人/法定监护人在此签名：

患者授权委托人/法定监护人签名                      与患者关系                     

签名日期          年          月          日          时          分

**医生陈述**

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗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 徐平

签名日期 2018 年 11 月 13 日 14 时 05 分