

安徽医科大学第一附属医院

侵入性检查/治疗知情同意书

姓名 ●●●● 性别 ● 年龄 ● 岁 病区 呼吸与危重症西二病区 床号 ●
住院号 ●●●●●●●●

一、疾病诊断与拟行的检查名称：

- 1、临床诊断：两肺占位性病变
- 2、拟施行检查名称：CT 定位下经皮肺穿刺活检术

二、拟施行的检查可能出现的并发症和风险

鉴于目前医学科学技术条件的限制，在该检查中、检查后可能出现并发症和风险，告知如下：

1. 麻醉意外；
2. 术中术后应激导致呼吸心跳骤停抢救无效患者死亡等；
3. 胸膜反应、损伤肋间肌肉、血管或神经；
4. 诱发哮喘、急性心功能衰竭、低氧血症；
5. 血胸、咯血、气胸、皮下气肿及纵隔气肿；
6. 胸腔及软组织感染；
7. 结核播散或癌细胞种植；
8. 气体栓塞；
9. 其他一些不可预料的后果等。



我们将严格按照规程进行操作检查治疗，努力避免上述意外和并发症的发生，在发生时采取积极地治疗补救措施，同时敬请患者（家属或委托代理人）谅解。目前，医师已做好相关检查前准备，并就疾病诊断、检查方法及检查的并发症和风险向患者（患者家属或患者委托代理人）做详细说明和解释。

谈话医师签名：李磊

签字日期：2018 年 9 月 18 日

三、患者（患者家属或患者委托代理人）的意见：

患者（患者家属或患者委托代理人）在听取医师所做详细说明和解释，并认真阅读上述内容，询问有关事项后，经慎重考虑，表示理解以上检查方案和检查风险，愿意承担以上风险带来的后果，并配合医护人员共同完成该检查治疗。

是否同意检查治疗，签字为证。

患者意见：同意 （填同意或不同意）

患者签名：●●●● 或患者委托代理人签名：

患者家属签名：●●●● 与患者关系：

签字日期：2018 年 9 月 18 日