

冠脉及周围血管介入诊疗患者知情同意书

1

块负荷及性质的分析,以帮助临床治疗决策;而冠脉血流储备分数(FFR)测定则是将压力导丝送至冠脉病变以远后回拉,体外与FFR测定仪相连,收集血流储备分数数据以帮助临床治疗决策;

- 3) 经皮冠状动脉介入术是在X线引导下,将特殊的指引导管经股动脉或桡动脉穿刺后在导丝的引导下送至冠状动脉开口,然后将特殊的导引导丝送至需处理的冠脉病变远端,再沿该导丝送入特殊球囊至病变部位以一定的压力进行扩张或球囊扩张后在病变部位置入支架,或直接送入支架至病变部位置入以到达治疗目的;当冠脉病变为严重钙化性狭窄时,球囊和支架无法到位,则需要采用特制的旋磨导管至病变部位进行旋磨后,再进行球囊扩张和支架置入;当急性心肌梗死时,冠脉内常充满血栓,此时可沿导丝送入特制的吸栓导管至血栓部位吸取血栓使心肌重新获得血流灌注而到达治疗目的;
- 4) 室间隔酒精化学消融术是在X线引导下,将特殊的指引导管经股动脉或桡动脉穿刺后在导丝的引导下送至冠状动脉开口,然后将特殊的导引导丝送至需消融的穿隔支远端,沿导丝送入微导管至穿隔支内,然后经微导管注入一定量的无水酒精以到达治疗目的;
- 5) 主动脉球囊反搏术是在X线或床旁无X线引导下,将特制的主动脉球囊导管经股动脉穿刺后在导丝的引导下送至主动脉降部,体外连接主动脉球囊反搏仪,通过合适的反搏模式心电或压力触发的方式将氮气充入或排空球囊以达到治疗目的;
- 6) 心脏临时起搏置入术是根据病人的实际需要,在X线或床旁无X线指导下,将特定的临时起搏电极导管经周围血管(股静脉、锁骨下静脉或右侧颈内静脉)送到心脏的指定部位,通过测试确定起搏和感知功能良好后,与体外临时起搏器相连,进行心脏临时性起搏,达到临时治疗心动过缓等目的。

4. 手术潜在风险和对策:

鉴于目前医学科学技术条件的限制、患者病情特征以及个体间差异的影响,在术中和术后可能出现如下的风险和并发症,有些不常见的风险可能没有在此列出。根据具体病人的情况不同,具体的手术术式也有所不同。您可以跟您治疗组的医生讨论有关手术的具体内容,如果您有其它特殊的问题,也可与医生进行讨论。

- 1) 麻醉并发症,严重者可致过敏性休克,危及生命;
- 2) 术后穿刺部位形成动静脉瘘和假性动脉瘤,一般延长压迫时间即可愈合,少数可能需要外科手术治疗;
- 3) 感染(局部感染,少数病人出现全身感染,如肺部感染、感染性心内膜炎等,严重者可致感染性休克,危及生命);
- 4) 术中、术后可能出现血栓形成或栓塞(冠状动脉、脑动脉、肺动脉和其他重要动脉及静脉),急性血栓栓塞可能需要药物溶栓治疗(但溶栓治疗会增加出血的风险),或转外科紧急手术取栓,严重者可能危及生命,甚至导致死亡;
- 5) 术中、术后应用肝素及抗血小板药物致出血如消化道出血、脑出血等,出血量大时需输血治疗,必要时需转外科手术治疗等;或术中、术后使用肝素或低分子肝素引起肝素诱导的血小板减少症,需要停药(但可能使血栓事件发生风险增加)或血浆置换治疗等;
- 6) 术中或术后出现腹膜后血肿、气胸、血胸、血气胸、心肌穿孔、血管穿孔、血管破裂及心包填塞等,出血量大时需输血治疗或穿刺引流(如心包穿刺、腹腔穿刺或胸腔穿刺置管引流等),必要时需转外科手术治疗等;尤其动脉夹层分离、血管破裂、心肌穿孔过大时甚至需紧急外科手术;
- 7) 致命性心律失常(室速、室颤、心跳骤停等),有时需要使用抗心律失常药物或电除颤才能转复,严重时甚至需要心肺复苏等;
- 8) 斑块破裂、推移造成急性冠状动脉闭塞;
- 9) 支架内急性、亚急性或晚期血栓形成以及支架内再狭窄,需再次手术;

- 10) 造影剂过敏或 IABP 球囊导管下滑影响肾脏血供而损伤肾功能，引起急性肾功能不全，或原有的肾功能不全加重等，需要在围手术期进行水化治疗或重新调整 IABP 球囊导管的位置，严重者需要进行血液超滤或血液透析治疗；
- 11) 术中或术后发生急性心力衰竭或心源性休克，需要加强利尿、扩血管或抗休克等治疗，包括人工呼吸机辅助机械通气；
- 12) 导丝、各种导管（包括造影导管、指引导管、球囊导管、冠脉内超声导管、旋磨导管）、支架等介入器械在患者体内断裂、破裂、打结、脱载，有时需经外科手术取出；
- 13) 临时起搏电极断裂、脱位或非生理性起搏引起的起搏综合征（头晕、胸闷、出现房颤等）
- 14) 接受室间隔酒精化学消融术患者还可能发生酒精泄露至冠状动脉引起的广泛心肌梗死、二尖瓣关闭不全、室间隔穿孔等，并可能导致严重的房室传导阻滞（如 II 度或 III 度房室传导阻滞），通常提高心率药物能够恢复窦性心律，严重时可能需要植入心脏永久起搏器；
- 15) 手术不成功或手术未达到预期效果；
- 16) 手术操作过程需要在 X 线照射指导下协助完成。X 线照射对身体各器官功能可能造成不同程度的影响（如致畸、致突变等），需要生育者应在手术操作至少半年以后再考虑；
- 17) 上述情况严重时可能导致死亡；此外，本医疗措施尚有可能发生的其他不可预料的情况、手术风险或并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如停水、停电、DSA 机器、多导电生理记录仪等与手术相关的设备临时出现故障，导致患者不能按时手术，需改期进行手术等。

5. 主要高危因素或特殊风险：

- 1) 如果您是高龄（年龄≥70 岁）或低体重（体重<45 公斤）的患者，同时还患有心功能不全、心脏瓣膜病、糖尿病、脑血管疾病、肝功能不全、肾功能不全、血液免疫系统疾病或风湿性疾病等，或者有消化道出血史、静脉血栓史吸烟史、嗜酒、静脉注射药物、某些药物或食物的过敏史，那么在术中、术后出现以上这些风险的可能性将会加大，或者在术中或术后出现相关疾病的病情加重或心脑血管意外，严重者可能导致患者死亡；
- 2) 如果您是急性心肌梗死患者，除了上述风险外，术中、术后还可能出现室间隔穿孔、心脏破裂、急性脑血管意外等，并且上述风险的可能性将会加大，严重者也可能会导致患者死亡；
- 3) 此外，根据您的病情特点，还有可能出现未包括在上述情况在内的其他不可预料的情况或特殊风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取相应积极、有效的应对措施。

6. 其他治疗方法的局限性及其可能导致的后果：

- 1) 如果冠心病患者不同意经皮冠脉介入术和/或经导管吸栓术和/或经皮冠状动脉旋磨术，采用内科药物保守治疗的方法，患者将由于冠脉狭窄或血栓或钙化无法去除而出现心肌缺血的相关症状及其带来的并发症，如心绞痛、心力衰竭、恶性致死性心律失常甚至心源性猝死等，从而严重威胁患者的生命。
- 2) 当冠脉病变严重时，我们会进一步根据您的具体情况进行手术决策评分，如果 SYNTAX 评分为超过 32 分或者需要过多支架（≥3 枚）置入时，手术医师将会视具体情况建议行冠状动脉旁路移植术（CABG 术），若坚持行经皮冠脉介入术，则支架内再狭窄或血栓等上述手术风险可能较简单冠脉病变行介入术时增加；
- 3) 如果肥厚梗阻性心肌病患者不同意行室间隔酒精化学消融术，采用内科药物保守治疗的方

法,患者将由于左室流出道梗阻无法解除或减轻而出现左室流出道梗阻的相关症状及其带来的并发症,如心绞痛、心力衰竭、恶性致死性心律失常甚至心源性猝死等,从而严重威胁患者的生命。

- 4) 如果患者不同意行主动脉球囊反搏术,采用内科药物保守治疗的方法,患者原有的严重心绞痛、心力衰竭、或反复发作的室性心律失常不易减轻,从而不利于病情好转。
- 5) 如果患者不同意行临时起搏器植入术,采用内科药物保守治疗的方法,则可能无法有效的预防或缓解术中或术后严重缓慢心律失常的发生,从而不利于手术顺利实施并可能是相关的手术风险增加。
- 6) 如果患者不同意经皮外周血管(主动脉、颈动脉、肾动脉及其它外周动脉)介入术,采用内科药物保守治疗的方法,患者将由于主动脉夹层或颈动脉和肾动脉等血管狭窄无法解除而出现相应的症状及其带来的并发症,如胸痛、脑血管意外、肾功能衰竭甚至猝死等,从而严重威胁患者的生命。

7. 医师陈述:

- 18) 我已经将患者所患疾病的病情特点、将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的风险和并发症、医师针对这些可能发生的风险和并发症所采取的应对措施、可能存在的其它治疗方法利弊等客观、如实、详细地告知患者和/或患者的亲属,详细解答了患者及其亲属关于此次手术的相关问题(尤其是在某些病变特别复杂的情况下,术者可能根据病变具体情况的需要对预定的手术方案做必要的、合理的调整),已经认真履行了告知的义务。

医师签名

签名日期 2020 年 5 月 14 日

8. 患者知情选择:

我已将我的病情客观、真实、毫无隐瞒地提供给经治医师,经治医师已经将我所患的疾病、将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法利弊等客观、如实、详细地进行了解释和说明,并且解答了我关于此次手术的相关问题。我已经充分了解医师针对我的病情需要所制定的手术治疗方案的必要性、合理的预期目的、可能出现的手术相关的风险和并发症,以及可供选择的其它治疗方法及其利弊,对其中的疑问,已得到医师的详细解答,经慎重考虑,我理解医师针对我的病情需要所制定的手术治疗方案是最优的,我同意按照医师所指定的手术方案对我进行治疗,我也理解并愿意承担上述各项可能出现的手术相关的风险和并发症,并配合医护人员共同完成手术治疗。

我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方案做出必要的、合理的调整。

我理解我的手术需要多位医生、护士、技术员等共同进行。

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物处理等。

我理解并同意医师不对我做出手术百分之百成功的许诺。

在手术中或手术后出现上述的并发症时,我授权医师根据我的病情及时采取必要的、合理的治疗措施进行治疗。

我确认医师已经认真履行了告知的义务,我已充分享有知情、选择及同意的权利,受我国有关法律的保护。

患者签名

签名日期 2020 年 5 月 14 日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属或法定代理人签名:

患者授权的亲属

或法定代理人签名

签名日期 年 月 日

福建医科大学附属协和医院

冠脉及周围血管介入诊疗患者知情同意书

患者姓名	性别	年龄	床号	病案号
	女	54岁		

1. 病情介绍和治疗建议:

根据患者及其家属所陈述的病情, 结合体格检查和术前相关的辅助检查结果, 患者目前的诊断是: 冠状动脉粥样硬化性心脏病, 需要在 ☒ 局部麻醉; ☐ 静脉复合诱导麻醉; ☐ 全身麻醉下行

1) 诊断性手术或操作

☐ 冠状动脉造影 (CAG) ☒ 冠状动脉内超声 (IVUS) ☐ 冠脉血流储备分数 (FFR) 测定

☐ 左心造影 ☐ 周围血管造影 (主动脉、颈动脉、肾动脉、肺动脉等)

2) 必要时治疗性手术

☐ 经皮冠状动脉介入术 (PCI 术) ☐ 经导管吸栓术 ☐ 经皮冠状动脉旋磨术

☐ 室间隔酒精化学消融术

☐ 经皮外周血管 (主动脉、颈动脉、肾动脉、肺动脉及其它外周动脉) 介入术 (包括溶栓)

☐ 主动脉球囊反搏术 (IABP 术) ☐ 临时起搏器植入术

3) 如果需要置入支架, 患者优先选择:

☐ 国产支架 ☐ 进口支架

☐ 载药支架 ☐ 金属裸支架

2. 手术目的:

- 通过冠状动脉造影和/或血管内超声和/或 FFR 测定明确冠心病诊断、评估冠状动脉粥样硬化斑块的负荷、性质和冠脉狭窄对心肌组织血流灌注的影响以及危险分层;
- 左心室造影主要是评价心室结构及功能状态, 而周围血管造影则是评价局部血管病变严重程度为进一步治疗提供影像学依据;
- 部分患者通过临时心脏起搏缓解预防或缓慢性心律失常的症状或降低猝死的发生, 有利于 PCI 术或室间隔酒精化学消融术等手术的顺利实施;
- 通过经皮冠状动脉介入术 (包括经导管吸栓术和经皮冠状动脉旋磨术等) 或外周血管介入术解除或减轻器官缺血以达到治疗目的;
- 部分患者通过主动脉球囊反搏术减轻心脏负荷、增加冠脉血流灌注, 以减轻心衰症状、减少恶性心律失常的发生, 降低死亡率;
- 其他

3. 手术简介:

- 冠脉造影术是在 X 线引导下, 将特殊的造影导管经股动脉或桡动脉穿刺后在导丝的引导下送至冠状动脉开口, 向冠脉内注入造影剂, 使其显影的过程, 以明确冠心病诊断、冠脉病变狭窄程度的评估以及显示清晰的冠脉解剖以选择合适的穿隔支进行酒精化学消融; 左心室造影及其它血管造影也是在 X 线引导下, 将特殊的造影导管经股动脉或桡动脉穿刺后在导丝的引导下送至左心室或相应的血管局部注入造影剂并使其显影, 以评估心脏的左心室功能状态或相应血管 (主动脉、颈动脉、肾动脉等) 的病变情况, 以达到诊断目的并为下一步治疗决策提供影像学依据;
- 冠脉内超声是在 X 线引导下, 将特殊的指引导管经股动脉或桡动脉穿刺后在导丝的引导下送至冠状动脉开口, 然后将特殊的超声导管送至冠脉病变部位, 同时使冠脉内超声导管与冠脉内超声仪在体外相连, 采集冠脉病变部位的超声影像, 用冠脉内超声仪进行斑

块负荷及性质的分析,以帮助临床治疗决策;而冠脉血流储备分数(FFR)测定则是将压力导丝送至冠脉病变以远后回拉,体外与FFR测定仪相连,收集血流储备分数数据以帮助临床治疗决策;

- 3) 经皮冠状动脉介入术是在X线引导下,将特殊的指引导管经股动脉或桡动脉穿刺后在导丝的引导下送至冠状动脉开口,然后将特殊的导引导丝送至需处理的冠脉病变远端,再沿该导丝送入特殊球囊至病变部位以一定的压力进行扩张或球囊扩张后在病变部位置入支架,或直接送入支架至病变部位置入以到达治疗目的;当冠脉病变为严重钙化性狭窄时,球囊和支架无法到位,则需要采用特制的旋磨导管至病变部位进行旋磨后,再进行球囊扩张和支架置入;当急性心肌梗死时,冠脉内常充满血栓,此时可沿导丝送入特制的吸栓导管至血栓部位吸取血栓使心肌重新获得血流灌注而到达治疗目的;
- 4) 室间隔酒精化学消融术是在X线引导下,将特殊的指引导管经股动脉或桡动脉穿刺后在导丝的引导下送至冠状动脉开口,然后将特殊的导引导丝送至需消融的穿隔支远端,沿导丝送入微导管至穿隔支内,然后经微导管注入一定量的无水酒精以到达治疗目的;
- 5) 主动脉球囊反搏术是在X线或床旁无X线引导下,将特制的主动脉球囊导管经股动脉穿刺后在导丝的引导下送至主动脉降部,体外连接主动脉球囊反搏仪,通过合适的反搏模式心电或压力触发的方式将氮气充入或排空球囊以达到治疗目的;
- 6) 心脏临时起搏置入术是根据病人的实际需要,在X线或床旁无X线指导下,将特定的临时起搏电极导管经周围血管(股静脉、锁骨下静脉或右侧颈内静脉)送到心脏的指定部位,通过测试确定起搏和感知功能良好后,与体外临时起搏器相连,进行心脏临时性起搏,达到临时治疗心动过缓等目的。

4. 手术潜在风险和对策:

鉴于目前医学科学技术条件的限制、患者病情特征以及个体间差异的影响,在术中和术后可能出现如下的风险和并发症,有些不常见的风险可能没有在此列出。根据具体病人的情况不同,具体的手术术式也有所不同。您可以跟您治疗组的医生讨论有关手术的具体内容,如果您有其它特殊的问题,也可与医生进行讨论。

- 1) 麻醉并发症,严重者可致过敏性休克,危及生命;
- 2) 术后穿刺部位形成动静脉瘘和假性动脉瘤,一般延长压迫时间即可愈合,少数可能需要外科手术治疗;
- 3) 感染(局部感染,少数病人出现全身感染,如肺部感染、感染性心内膜炎等,严重者可致感染性休克,危及生命);
- 4) 术中、术后可能出现血栓形成或栓塞(冠状动脉、脑动脉、肺动脉和其他重要动脉及静脉),急性血栓栓塞可能需要药物溶栓治疗(但溶栓治疗会增加出血的风险),或转外科紧急手术取栓,严重者可危及生命,甚至导致死亡;
- 5) 术中、术后应用肝素及抗血小板药物致出血如消化道出血、脑出血等,出血量大时需输血治疗,必要时需转外科手术治疗等;或术中、术后使用肝素或低分子肝素引起肝素诱导的血小板减少症,需要停药(但可能使血栓事件发生风险增加)或血浆置换治疗等;
- 6) 术中或术后出现腹膜后血肿、气胸、血胸、血气胸、心肌穿孔、血管穿孔、血管破裂及心包填塞等,出血量大时需输血治疗或穿刺引流(如心包穿刺、腹腔穿刺或胸腔穿刺置管引流等),必要时需转外科手术治疗等;尤其动脉夹层分离、血管破裂、心肌穿孔过大时甚至需紧急外科手术;
- 7) 致命性心律失常(室速、室颤、心跳骤停等),有时需要使用抗心律失常药物或电除颤才能转复,严重时甚至需要心肺复苏等;
- 8) 斑块破裂、推移造成急性冠状动脉闭塞;
- 9) 支架内急性、亚急性或晚期血栓形成以及支架内再狭窄,需再次手术;

- 10) 造影剂过敏或 IABP 球囊导管下滑影响肾脏血供而损伤肾功能，引起急性肾功能不全，或原有的肾功能不全加重等，需要在围手术期进行水化治疗或重新调整 IABP 球囊导管的位置，严重者需要进行血液超滤或血液透析治疗；
- 11) 术中或术后发生急性心力衰竭或心源性休克，需要加强利尿、扩血管或抗休克等治疗，包括人工呼吸机辅助机械通气；
- 12) 导丝、各种导管（包括造影导管、指引导管、球囊导管、冠脉内超声导管、旋磨导管）、支架等介入器械在患者体内断裂、破裂、打结、脱载，有时需经外科手术取出；
- 13) 临时起搏电极断裂、脱位或非生理性起搏引起的起搏综合征（头晕、胸闷、出现房颤等）
- 14) 接受室间隔酒精化学消融术患者还可能发生酒精泄露至冠状动脉引起的广泛心肌梗死、二尖瓣关闭不全、室间隔穿孔等，并可能导致严重的房室传导阻滞（如 II 度或 III 度房室传导阻滞），通常提高心率药物能够恢复窦性心律，严重时可能需要植入心脏永久起搏器；
- 15) 手术不成功或手术未达到预期效果；
- 16) 手术操作过程需要在 X 线照射指导下协助完成。X 线照射对身体各器官功能可能造成不同程度的影响（如致畸、致突变等），需要生育者应在手术操作至少半年以后再考虑；
- 17) 上述情况严重时可能导致死亡；此外，本医疗措施尚有可能发生的其他不可预料的情况、手术风险或并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如停水、停电、DSA 机器、多导电生理记录仪等与手术相关的设备临时出现故障，导致患者不能按时手术，需改期进行手术等。

5. 主要高危因素或特殊风险：

- 1) 如果您是高龄（年龄≥70 岁）或低体重（体重<45 公斤）的患者，同时还患有心功能不全、心脏瓣膜病、糖尿病、脑血管疾病、肝功能不全、肾功能不全、血液免疫系统疾病或风湿性疾病等，或者有消化道出血史、静脉血栓史吸烟史、嗜酒、静脉注射药物、某些药物或食物的过敏史，那么在术中、术后出现以上这些风险的可能性将会加大，或者在术中或术后出现相关疾病的病情加重或心脑血管意外，严重者可能导致患者死亡；
- 2) 如果您是急性心肌梗死患者，除了上述风险外，术中、术后还可能出现室间隔穿孔、心脏破裂、急性脑血管意外等，并且上述风险的可能性将会加大，严重者也可能会导致患者死亡；
- 3) 此外，根据您的病情特点，还有可能出现未包括在上述情况在内的其他不可预料的情况或特殊风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取相应积极、有效的应对措施。

6. 其他治疗方法的局限性及其可能导致的后果：

- 1) 如果冠心病患者不同意经皮冠脉介入术和/或经导管吸栓术和/或经皮冠状动脉旋磨术，采用内科药物保守治疗的方法，患者将由于冠脉狭窄或血栓或钙化无法去除而出现心肌缺血的相关症状及其带来的并发症，如心绞痛、心力衰竭、恶性致死性心律失常甚至心源性猝死等，从而严重威胁患者的生命。
- 2) 当冠脉病变严重时，我们会进一步根据您的具体情况进行手术决策评分，如果 SYNTAX 评分为超过 32 分或者需要过多支架（≥3 枚）置入时，手术医师将会视具体情况建议行冠状动脉旁路移植术（CABG 术），若坚持行经皮冠脉介入术，则支架内再狭窄或血栓等上述手术风险可能较简单冠脉病变行介入术时增加；
- 3) 如果肥厚梗阻性心肌病患者不同意行室间隔酒精化学消融术，采用内科药物保守治疗的方

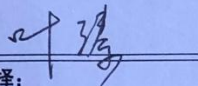
法,患者将由于左室流出道梗阻无法解除或减轻而出现左室流出道梗阻的相关症状及其带来的并发症,如心绞痛、心力衰竭、恶性致死性心律失常甚至心源性猝死等,从而严重威胁患者的生命。

- 4) 如果患者不同意行主动脉球囊反搏术,采用内科药物保守治疗的方法,患者原有的严重心绞痛、心力衰竭、或反复发作的室性心律失常不易减轻,从而不利于病情好转。
- 5) 如果患者不同意行临时起搏器植入术,采用内科药物保守治疗的方法,则可能无法有效的预防或缓解术中或术后严重缓慢心律失常的发生,从而不利于手术顺利实施并可能是相关的手术风险增加。
- 6) 如果患者不同意经皮外周血管(主动脉、颈动脉、肾动脉及其它外周动脉)介入术,采用内科药物保守治疗的方法,患者将由于主动脉夹层或颈动脉和肾动脉等血管狭窄无法解除而出现相应的症状及其带来的并发症,如胸痛、脑血管意外、肾功能衰竭甚至猝死等,从而严重威胁患者的生命。

7. 医师陈述:

- 18) 我已经将患者所患疾病的病情特点、将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的风险和并发症、医师针对这些可能发生的风险和并发症所采取的应对措施、可能存在的其它治疗方法利弊等客观、如实、详细地告知患者和/或患者的亲属,详细解答了患者及其亲属关于此次手术的相关问题(尤其是在某些病变特别复杂的情况下,术者可能根据病变具体情况的需要对预定的手术方案做必要的、合理的调整),已经认真履行了告知的义务。

医师签名



签名日期 2020 年 5 月 18 日

8. 患者知情选择:

我已将我的病情客观、真实、毫无隐瞒地提供给经治医师,经治医师已经将我所患的疾病、将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法利弊等客观、如实、详细地进行了解释和说明,并且解答了我关于此次手术的相关问题。我已经充分了解医师针对我的病情需要所制定的手术方案的必要性、合理的预期目的、可能出现的手术相关的风险和并发症,以及可供选择的其它治疗方法及其利弊,对其中的疑问,已得到医师的详细解答,经慎重考虑,我理解医师针对我的病情需要所制定的手术方案是最优的,我同意按照医师所指定的手术方案对我进行治疗,我也理解并愿意承担上述各项可能出现的手术相关的风险和并发症,并配合医护人员共同完成手术治疗。

我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方案做出必要的、合理的调整。

我理解我的手术需要多位医生、护士、技术员等共同进行。


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物处理等。

我理解并同意医师不对我做出手术百分之百成功的许诺。

在手术中或手术后出现上述的并发症时,我授权医师根据我的病情及时采取必要的、合理的治疗措施进行治疗。

我确认医师已经认真履行了告知的义务,我已充分享有知情、选择及同意的权利,受我国有关法律的保护。

患者签名



签名日期 2020 年 5 月 18 日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属或法定代理人签名:

患者授权的亲属

或法定代理人签名

签名日期 _____ 年 ____ 月 ____ 日