

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名: [] 科室: 新生儿科 登记号: [] 病案号: []

日期: 2017-05-22 20:16:03

治疗建议

医生/护士已告知因治疗需要, 需要在 局部 麻醉下进行经外周置入中心静脉导管（PICC）术。

1. PICC的目的:

- (1) 减少对外周静脉的刺激, 保护血管。
- (2) 减少频繁穿刺外周静脉的次数, 减轻患者痛苦。
- (3) 避免化疗药物外渗引起的并发症。
- (4) 中心静脉导管实施化疗和干细胞输注安全有效, 保护外周静脉。
- (5) 为长时间（超过7天以上）治疗提供良好的静脉通路。

2. PICC置管术方法: 由PICC置管护士评估患者后, 选择相应的置管方法置入PICC导管。

- (1) 传统PICC置管术: 费用较低。
- (2) 非超声引导下改良型PICC置管术: 适合较小血管, 成功率较传统PICC高。
- (3) 超声引导下改良型PICC置管术: 对血管损伤小, 成功率较前两种高。

3. 可以选择的其他方法:

- (1) 外周静脉留置针: 药物外渗风险高, 长期治疗需多次穿刺, 对血管破坏较大, 后期置管困难。
- (2) 其它:

治疗潜在风险和对策

医生/护士告知我PICC术及留置导管可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的操作方式根据不同患者的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生/护士讨论有关我操作的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生/护士讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
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. 我理解此手术存在以下并发症风险和局限性:
 - (1) 少数患者因个体差异, 血管变异, 可能出现穿刺及置管失败, 误入动脉, 需再次穿刺及置管。

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名：_____ 科室：新生儿科 登记号：_____ 病案号：_____

(2) 少数患者可发生导管异位、脱落、脱出、断裂、堵塞、血管栓塞，个别患者不能耐受置入的导管而在治疗途中拔管等。

(3) 少数患者可发生局部不适、皮疹、出血、血管损伤、感染甚至溃疡。

(4) 少数患者因术中精神紧张而发生心脏血管意外、异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成，部分患者可发生其他周边组织损伤；如：气胸等。

(5) 穿刺部位局部血肿，皮下气肿。

(6) 液体渗出，局部组织发生坏死。

(7) 此项治疗费及材料费属儿童自费范畴，成人医保可部分报销。

除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如：_____

特殊风险或主要高危因素

我理解根据病情，可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

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/护士已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。我自愿选择经外周置入的中心静脉导管（PICC）术。

2. 我同意在操作中医生可以根据病情对预定的操作方式做出调整。

3. 我理解操作需要多位医生/护士共同进行。

4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

5. 我们对该手术的并发症及风险表示完全理解，并承担相应的风险和后果，在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案，并保证承担全部所需费用。

医生/护士陈述

我已经告知患者（监护人）将要进行的治疗方式、此次治疗及置管后可能发生的并发症和风险、可能

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管 (PICC) 术知情同意书

姓名: [redacted] 科室: 新生儿科 登记号: [redacted] 病案号: [redacted]

存在的其它治疗方法并且解答了患者(监护人)关于此次操作的相关问题。

我已知晓上述全部内容。

患者(监护人)签名: [redacted] 签名日期: 2017 年 5 月 20 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 与患者关系 签名日期 年 月 日

医务人员签名: [redacted] 签名日期: 2017 年 15 月 20 日

当前用户: 200175 (黄希) 当前时间: 20210508 四川大学华西第二医院

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 特殊医疗器械使用知情同意书

姓名: [redacted] 科室: 新生儿科 登记号: [redacted] 病案号: [redacted]

日期: 2017-05-22 20:16:20

患者姓名: 徐佳之女 性别: 女 病案号: 580411 登记号: 08780493

2017年05月22日入院, 诊断为 早产儿, 极低出生体重儿。

主管医生详细、全面的介绍了病情及治疗的相关情况(包括替代治疗方案)后, 我们已选择

P2cc 治疗方案; 主管医生对治疗中可能使用的特殊医疗器械的应用范围、性能特点、并发症、价位等进行详细介绍后, 我们经慎重考虑决定选择使用

P2cc, 该医疗器械的价格为 1280⁺ 元人民币左右。

如治疗中需要临时加用器材或不宜使用上述器材需改用其它器材时, 我们同意医生在告知我们的情况下使用(紧急情况下除外)。

我已知晓上述全部内容。

患者(监护人)签名: [redacted] 签名日期: 2017年5月22日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: [redacted] 与患者关系: [redacted] 签名日期: 年 月 日

医务人员签名: [redacted] 签名日期: 2017年05月22日

四川大学华西第二医院
经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名： 科室：新生儿科 登记号： 病案号：

日期：2017-07-13 12:40:11

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患 金属网膜纤维化，为方便治疗，需要在（全身）麻醉下进行经外周置入的中心静脉导管（PICC）术。

- 1、 PICC的目的；
- 2、 减少对外周静脉的刺激，保护血管；
- 3、 减少频繁穿刺外周静脉的次数，减轻病人痛苦；
- 4、 避免化疗药物外渗引起的并发症；
- 5、 中心静脉导管实施化疗和干细胞输注安全规程有效，保护外周静脉。
- 6、 PICC可以放置较长时间。

可以选择的其他方法：外周静脉反复穿刺用药 其它

手术潜在风险和对策

医生告知我PICC术及留置导管可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作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操作的具体内容，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. 我理解此手术存在以下并发症风险和局限性：
 - 1) 少数病人因个体差异，血管变异，可能出现穿刺及置管失败，需再次穿刺及置管；
 - 2) 少数病人可发生导管异位、脱落、脱出、断裂、堵塞、血管栓塞，个别病人不能耐受置入的导管而治疗途中拔管等情况发生；
 - 3) 少数病人可发生局部不适、皮疹、出血、血管损伤、感染甚至溃疡；
 - 4) 少数病人因术中精神紧张而发生心脏血管意外、异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成，部分病人可发生其他周边组织损伤；如：气胸等；
 - 5) 穿刺部位局部血肿，皮下气肿；
 - 6) 液体渗出，局部组织发生坏死；
 - 7) 此项手术费用属报销范畴，但材料费属自费范畴；

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名: [redacted] 科室: 新生儿科 登记号: [redacted] 病案号: [redacted]

8) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项, 如: _____

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:

[特殊风险]

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

我的医生已经告知我将要进行的操作方式, 此次操作及操作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操作的相关问题, 我自愿选择经外周置入的中心静脉导管（PICC）术。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我们对该手术的并发症及风险表示完全理解, 并承担相应的风险和后果, 在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案, 并保证承担全部所需费用。

患者（监护人）签名 [redacted] 签名日期 2017年 7 月 13 日

如果患者无法签署知情同意书, 由其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式, 此次手术及术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手术的相关问题。

医生签名 [signature] 签名日期 2017年 7 月 13 日

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名： 科室：新生儿科 登记号： 病案号：

日期：2018-03-19 05:10:21

治疗建议

医生/护士已告知因治疗需要，需要在 麻醉下进行经外周置入中心静脉导管（PICC）术。

1. PICC的目的：

- (1) 减少对外周静脉的刺激，保护血管。
- (2) 减少频繁穿刺外周静脉的次数，减轻患者痛苦。
- (3) 避免化疗药物外渗引起的并发症。
- (4) 中心静脉导管实施化疗和干细胞输注安全有效，保护外周静脉。
- (5) 为长时间（超过7天以上）治疗提供良好的静脉通路。

2. PICC置管术方法：由PICC置管护士评估患者后，选择相应的置管方法置入PICC导管。

- (1) 传统PICC置管术：费用较低。
- (2) 非超声引导下改良型PICC置管术：适合较小血管，成功率较传统PICC高。
- (3) 超声引导下改良型PICC置管术：对血管损伤小，成功率较前两种高。

3. 可以选择的其他方法：

- (1) 外周静脉留置针：药物外渗风险高，长期治疗需多次穿刺，对血管破坏较大，后期置管困难。
- (2) 其它：

治疗潜在风险和对策

医生/护士告知我PICC术及留置导管可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作方式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与医生/护士讨论有关操作的具体内容，如果我有特殊的问题可与医生/护士讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
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. 我理解此手术存在以下并发症风险和局限性：
 - (1) 少数患者因个体差异，血管变异，可能出现穿刺及置管失败、误入动脉，需再次穿刺及置

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名：_____ 科室：新生儿科 登记号：_____ 病案号：_____

管。

(2) 少数患者可发生导管异位、脱落、脱出、断裂、堵塞、血管栓塞，个别患者不能耐受置入的导管而在治疗途中拔管等。

(3) 少数患者可发生局部不运、皮疹、出血、血管损伤、感染甚至溃疡。

(4) 少数患者因术中精神紧张而发生心脏血管意外、异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成，部分患者可发生其他周边组织损伤，如：气胸等。

(5) 穿刺部位局部血肿，皮下气肿。

(6) 液体渗出，局部组织发生坏死。

(7) 此项治疗费及材料费属儿童自费范畴，成人医保可部分报销。

除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如：_____

特殊风险或主要高危因素

我理解根据病情，可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险： /

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/护士已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。我自愿选择经外周置入中心静脉导管（PICC）术。

2. 我同意在操作中医生可以根据病情对预定的操作方式做出调整。

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管 (PICC) 术知情同意书

姓名: [redacted] 科室: 新生儿科 登记号: [redacted] 病案号: [redacted]

- 3. 我理解操作需要多位医生/护士共同进行。
- 4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 5. 我们对该手术的并发症及风险表示完全理解, 并承担相应的风险和后果, 在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案, 并保证承担全部所需费用。

患者(监护人)签名(手印) _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名(手印) [redacted] 与患者关系 外婆 签名日期 2018年3月19日

医生/护士陈述

我已经告知患者(监护人)将要进行的治疗方式、此次治疗及置管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(监护人)关于此次操作的相关问题。

医生/护士签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

我已知晓上述全部内容。

患者(监护人)签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 [redacted] 与患者关系 外婆 签名日期 2018年3月19日

医务人员签名: [redacted] 签名日期 2018年3月19日

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 特殊医疗器材使用知情同意书

姓名: [redacted] 科室: 新生儿科 登记号: [redacted] 病案号: [redacted]

日期: 2018-03-19 04:37:54

患者姓名: 赖薇之小斐 性别: 男 年龄: 22分 病案号: 611818 登记号: 09166350

2018年3月19日入院, 诊断为 极早产儿、极低出生体重儿

主管医生详细、全面的介绍了病情及治疗的相关情况(包括替代治疗方案)后, 我们已选择

P200 治疗方案, 主管医生对治疗中可能使用的特殊医疗器材的应用范围、性能特点、并发症、价位等进行详细介绍后, 我们经慎重考虑决定选择使用

P200, 该医疗器材的价格为 1470 元人民币左右。

如治疗中需要临时加用器材或不宜使用上述器材需改用其它器材时, 我们同意医生在告知我们的情况下使用(紧急情况下除外)。

我已知晓上述全部内容。

患者(监护人)签名

签名日期 年 月 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: [redacted] 与患者关系 外婆 签名日期 2018 年 3 月 19 日

医务人员签名:

签名日期 2018 年 3 月 19 日



四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名：[] 科室：锦江院区新生儿科 登记号：[] 病案号：[]

日期：2018-11-09 11:30:09

治疗建议

医生/护士已告知因治疗需要，需要在 [] 麻醉下进行经外周置入中心静脉导管（PICC）术。

1. PICC的目的：

- (1) 减少对外周静脉的刺激，保护血管。
- (2) 减少频繁穿刺外周静脉的次数，减轻患者痛苦。
- (3) 避免化疗药物外渗引起的并发症。
- (4) 中心静脉导管实施化疗和干细胞输注安全有效，保护外周静脉。
- (5) 为长时间（超过7天以上）治疗提供良好的静脉通路。

2. PICC置管术方法：由PICC置管护士评估患者后，选择相应的置管方法置入PICC导管。

- (1) 传统PICC置管术：费用较低。
- (2) 非超声引导下改良型PICC置管术：适合较小血管，成功率较传统PICC高。
- (3) 超声引导下改良型PICC置管术：对血管损伤小，成功率较前两种高。

3. 可以选择的其他方法：

- (1) 外周静脉留置针：药物外渗风险高，长期治疗需多次穿刺，对血管破坏较大，后期置管困难。
- (2) 其它：

治疗潜在风险和对策

医生/护士告知我PICC术及留置导管可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作方式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与医生/护士讨论有关操作的具体内容，如果我有特殊的问题可与医生/护士讨论。

1. 我家属理解任何麻醉都存在风险。
2. 我家属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. 我家属理解此手术存在以下并发症风险和局限性：
 - (1) 少数患者因个体差异，血管变异，可能出现穿刺及置管失败、误入动脉，需再次穿刺及置

[] 父母 2018.11.9

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名：_____ 科室：锦江院区新生儿科 登记号：_____ 病案号：_____

管。

(2) 少数患者可发生导管异位、脱落、脱出、断裂、堵塞、血管栓塞，个别患者不能耐受置入的导管而在治疗途中拔管等。

(3) 少数患者可发生局部不适、皮疹、出血、血管损伤、感染甚至溃疡。

(4) 少数患者因术中精神紧张而发生心脏血管意外、异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成，部分患者可发生其他周边组织损伤：如：气胸等。

(5) 穿刺部位局部血肿，皮下气肿，

(6) 液体渗出，局部组织发生坏死。

(7) 此项治疗费及材料费属儿童自费范畴，成人医保可部分报销。

除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如：_____

特殊风险或主要高危因素

我家属理解根据病情，可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

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/护士已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。我自愿选择经外周置入中心静脉导管（PICC）术。
2. 我同意在操作中医生可以根据病情对预定的操作方式做出调整。
3. 我理解操作需要多位医生/护士共同进行。
4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
5. 我们对该手术的并发症及风险表示完全理解，并承担相应的风险和后果，在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案，并

_____ 父母 2018.11.9

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名：_____ 科室：锦江院区新生儿科 登记号：_____ 病案号：_____

管。

(2) 少数患者可发生导管异位、脱落、脱出、断裂、堵塞、血管栓塞，个别患者不能耐受置入的导管而在治疗途中拔管等。

(3) 少数患者可发生局部不适、皮疹、出血、血管损伤、感染甚至溃疡。

(4) 少数患者因术中精神紧张而发生心血管意外、异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成，部分患者可发生其他周边组织损伤；如：气胸等。

(5) 穿刺部位局部血肿，皮下气肿，

(6) 液体渗出，局部组织发生坏死。

(7) 此项治疗费及材料费属儿童自费范畴，成人医保可部分报销。

除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如：_____

特殊风险或主要高危因素

我家属理解根据病情，可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

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/护士已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。我自愿选择经外周置入中心静脉导管（PICC）术。
2. 我同意在操作中医生可以根据病情对预定的操作方式做出调整。
3. 我理解操作需要多位医生/护士共同进行。
4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
5. 我们对该手术的并发症及风险表示完全理解，并承担相应的风险和后果，在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案，并

_____ 父世 2018.11.9

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名： [redacted] 科室： 锦江院区新生儿科 登记号： [redacted] 病案号： [redacted]

保证承担全部所需费用。

患者（监护人）签名（手印） [redacted] 签名日期 2018年 11月 9日

日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名（手印） _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____年 _____月 _____日

日

医生/护士陈述

我已经告知患者（监护人）将要进行的治疗方式、此次治疗及置管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（监护人）关于此次操作的相关问题。

医生/护士签名 [redacted] 签名日期 2018年 11月 9日

我已知晓上述全部内容。

患者（监护人）签名 [redacted] 签名日期 2018年 11月 9日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____年 _____月 _____日

医务人员签名： [redacted] 签名日期 2018年 11月 9日

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名: [redacted] 科室: 锦江新生儿科 登记号: [redacted] 病案号: [redacted]

日期: 2018-12-03 08:22:50

治疗建议

医生/护士已告知因治疗需要, 需要在 [redacted] 麻醉下去行经外周置入中心静脉导管 (PICC) 术。

1. PICC的目的:

- (1) 减少对外周静脉的刺激, 保护血管。
- (2) 减少频繁穿刺外周静脉的次数, 减轻患者痛苦。
- (3) 避免化疗药物外渗引起的并发症。
- (4) 中心静脉导管实施化疗和干细胞输注安全有效, 保护外周静脉。
- (5) 为长时间 (超过7天以上) 治疗提供良好的静脉通路。

2. PICC置管术方法: 由PICC置管护士评估患者后, 选择相应的置管方法置入PICC导管。

- (1) 传统PICC置管术: 费用较低。
- (2) 非超声引导下改良型PICC置管术: 适合较小血管, 成功率较传统PICC高。
- (3) 超声引导下改良型PICC置管术: 对血管损伤小, 成功率较前两种高。

3. 可以选择的其他方法:

- (1) 外周静脉留置针: 药物外渗风险高, 长期治疗需多次穿刺, 对血管破坏较大, 后期置管困难。
- (2) 其它:

治疗潜在风险和对策

医生/护士告知我PICC术及留置导管可能发生的一种风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的操作方式根据不同患者的情况有所不同, 医生告诉我可与医生/护士讨论有关操作的具体内容, 如果我有特殊的问题可与医生/护士讨论。

- 1. 我理解任何麻醉都存在风险。
- 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. 我理解此手术存在以下并发症风险和局限性:
 - (1) 少数患者因个体差异, 血管变异, 可能出现穿刺及置管失败, 误入动脉, 需再次穿刺及置

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管(PICC)术知情同意书

姓名: [] 科室: 锦江新生儿科 登记号: [] 病案号: []

管。

(2) 少数患者可发生导管异位、脱落、脱出、断裂、堵塞、血管栓塞,个别患者不能耐受置入的导管而在治疗途中拔管等。

(3) 少数患者可发生局部不适、皮疹、出血、血管损伤、感染甚至脓肿。

(4) 少数患者因术中精神紧张而发生心脑血管意外,异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成,部分患者可发生其他周边组织损伤,如:气肿等。

(5) 穿刺部位局部血肿,皮下气肿。

(6) 液体渗出,局部组织发生坏死。

(7) 此项治疗费及材料费属儿童自费范畴,成人医保可部分报销。

除上述情况外,本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其他事项,如: _____

特殊风险或主要高危因素

我理解根据病情,可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

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/护士已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。我自愿选择经外周置入中心静脉导管(PICC)术。
2. 我同意在操作中医生可以根据病情对预定的操作方式做出调整。
3. 我理解操作需要多位医生/护士共同进行。
4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
5. 我们对该手术的并发症及风险表示完全理解,并承担相应的风险和后果。在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时,为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案,并

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管(PICC)术知情同意书

姓名: [redacted] 科室: 锦江新生儿科 床号: [redacted] 病案号: [redacted]

保证承担全部所需费用。

患者(监护人)签名(手印) [redacted] 签名日期 2018 年 12 月

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名(手印) _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医生/护士陈述

我已经告知患者(监护人)将要进行的治疗方式, 此次治疗及置管后可能发生的并发症和风险, 可能存在其它治疗方法并且解答了患者(监护人)关于此次操作的相关问题。

医生/护士签名 [redacted] 签名日期 2018 年 12 月 3 日

我已知晓上述全部内容:

患者(监护人)签名 [redacted] 签名日期 2018 年 12 月 3 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医务人员签名: [redacted] 签名日期 2018 年 12 月 3 日

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名： 科室：锦江新生儿科 登记号： 病案号：

日期：2019-02-03 09:45:40

治疗建议

医生/护士已告知因治疗需要，需要在_____麻醉下进行经外周置入中心静脉导管（PICC）术。

1. PICC的目的：

- (1) 减少对外周静脉的刺激，保护血管。
- (2) 减少频繁穿刺外周静脉的次数，减轻患者痛苦。
- (3) 避免化疗药物外渗引起的并发症。
- (4) 中心静脉导管实施化疗和干细胞输注安全有效，保护外周静脉。
- (5) 为长时间（超过7天以上）治疗提供良好的静脉通路。

2. PICC置管术方法：由PICC置管护士评估患者后，选择相应的置管方法置入PICC导管。

- (1) 传统PICC置管术：费用较低。
- (2) 非超声引导下改良型PICC置管术：适合较小血管，成功率较传统PICC高。
- (3) 超声引导下改良型PICC置管术：对血管损伤小，成功率较前两种高。

3. 可以选择的其他方法：

- (1) 外周静脉留置针：药物外渗风险高，长期治疗需多次穿刺，对血管破坏较大，后期置管困难。
- (2) 其它：

治疗潜在风险和对策

医生/护士告知我PICC术及留置导管可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作方式根据患者不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与医生/护士讨论有关操作的具体内容，如果我有特殊的问题可与医生/护士讨论。

- 1. 我理解任何麻醉都存在风险。
- 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. 我理解此手术存在以下并发症风险和局限性：
 - (1) 少数患者因个体差异，血管变异，可能出现穿刺及置管失败、误入动脉，需再次穿刺及置



张田

2019.2.3

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管 (PICC) 术知情同意书

姓名: [] 科室: 锦江新生儿科 登记号: [] 病案号: []

管:

(2) 少数患者可发生导管移位、脱落、溢出、断裂、堵塞、血管栓塞, 个别患者不能耐受置入的导管而在治疗途中拔管等。

(3) 少数患者可发生局部不适、皮疹、出血、血管损伤、感染甚至溃疡。

(4) 少数患者因术中精神紧张而发生心脏血管意外、异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成, 部分患者可发生其他周边组织损伤: 如: 气胸等。

(5) 穿刺部位局部血肿, 皮下气肿。

(6) 液体渗出, 局部组织发生坏死。

(7) 此项治疗费及材料费属儿童自费范畴, 成人医保可部分报销。

除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项, 如: _____

特殊风险或主要高危因素

我理解根据病情, 可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

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/护士已经告知我将要进行的操作方式, 此次操作及操作后可能发生的并发症和 risk, 可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。我自愿选择经外周置入中心静脉导管 (PICC) 术。
2. 我同意在操作中医生可以根据病情对预定的操作方式做出调整。
3. 我理解操作需要多位医生/护士共同进行。
4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
5. 我们对该手术的并发症及 risk 表示完全理解, 并承担相应的风险和后果, 在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案, 并

[] 2019.2.3

Ctrl+S

四川大学华西第二医院

经外周置入的中心静脉导管 (PICC) 术知情同意书

姓名: [redacted] 科室: 锦江新生儿科 登记号: [redacted] 病案号: [redacted]

保证承担全部所需费用。

患者 (监护人) 签名 (手印): [redacted] 签名日期 2019 年 2 月 3 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 (手印) _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医生/护士陈述

我已经告知患者 (监护人) 将要进行的治疗方式、此次治疗及置管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 (监护人) 关于此次操作的相关问题。

医生/护士签名 [redacted] 签名日期 2019 年 2 月 3 日

我已知晓上述全部内容。

患者 (监护人) 签名 [redacted] 签名日期 2019 年 2 月 3 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医务人员签名: [redacted] 签名日期 2019 年 2 月 3 日

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名：_____ 科室：新生儿科 登记号：_____ 病案号：_____

日期：2019-02-03 21:24:59

治疗建议

医生/护士已告知因治疗需要，需要在_____ 局麻 麻醉下进行经外周置入中心静脉导管（PICC）术。

1. PICC的目的：

- (1) 减少对外周静脉的刺激，保护血管；
- (2) 减少频繁穿刺外周静脉的次数，减轻患者痛苦。
- (3) 避免化疗药物外渗引起的并发症。
- (4) 中心静脉导管实施化疗和干细胞输注安全有效，保护外周静脉。
- (5) 为长时间（超过7天以上）治疗提供良好的静脉通路。

2. PICC置管术方法：由PICC置管护士评估患者后，选择相应的置管方法置入PICC导管。

- (1) 传统PICC置管术：费用较低。
- (2) 非超声引导下改良型PICC置管术：适合较小血管，成功率较传统PICC高。
- (3) 超声引导下改良型PICC置管术：对血管损伤小，成功率较前两种高。

3. 可以选择的其他方法：

- (1) 外周静脉留置针：药物外渗风险高，长期治疗需多次穿刺，对血管破坏较大，后期置管困难。
- (2) 其它：

治疗潜在风险和对策

医生/护士告知我PICC术及留置导管可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作方式根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我可与医生/护士讨论有关操作的具体内容，如果我有特殊的问题可与医生/护士讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
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. 我理解此手术存在以下并发症风险和局限性：
 - (1) 少数患者因个体差异，血管变异，可能出现穿刺及置管失败，误入动脉，需再次穿刺及置

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名：_____；科室：新生儿科 登记号：_____ 病案号：_____

管。

(2) 少数患者可发生导管异位，脱落、脱出、断裂、堵塞、血管栓塞，个别患者不能耐受置入的导管而在治疗途中拔管等。

(3) 少数患者可发生局部不适，皮疹、出血、血管损伤、感染甚至溃疡。

(4) 少数患者因术中精神紧张而发生心脏血管意外、异物刺激导致心律失常、静脉炎、血栓形成，部分患者可发生其他周边组织损伤；如：气胸等。

(5) 穿刺部位局部血肿，皮下气肿。

(6) 液体渗出，局部组织发生坏死。

(7) 此项治疗费及材料费属儿童自费范畴，成人医保可部分报销。

除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如：_____

特殊风险或主要高危因素

我理解根据病情，可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

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/护士已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。我自愿选择经外周置入中心静脉导管（PICC）术。
2. 我同意在操作中医生可以根据病情对预定的操作方式做出调整。
3. 我理解操作需要多位医生/护士共同进行。
4. 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
5. 我们对该手术的并发症及风险表示完全理解，并承担相应的风险和后果，在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案，并

Ctrl+S

四川大学华西第二医院 经外周置入的中心静脉导管（PICC）术知情同意书

姓名：_____ 科室：新生儿科 登记号：_____ 病案号：_____

保证承担全部所需费用。

患者（监护人）签名（手印）_____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名（手印）_____ 与患者关系 舅舅 签名日期 2019 年 2 月 3 日

日

医生/护士陈述

我已经告知患者（监护人）将要进行的治疗方式、此次治疗及置管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（监护人）关于此次操作的相关问题。

医生/护士签名 _____ 孙静静 签名日期 2019 年 2 月 3 日

我已知晓上述全部内容。

患者（监护人）签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 舅舅 签名日期 2019 年 2 月 3 日

医务人员签名： _____ 签名日期 2019 年 2 月 3 日