

江苏省人民医院
南京医科大学第一附属医院
肾穿刺活检术知情同意书

患者姓名: 性别: 男 年龄: 20岁 住院号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 — 肾小球肾炎 — ，需要在 — 局部 — 麻醉下进行肾穿活检术。

经皮肾穿刺活检术是在超声引导下或定位后以穿刺针经皮取得活体肾脏组织的一种检查方法，通过肾活检术提取的肾组织将进行光镜、电镜及免疫病理检查，为明确临床工作中肾脏疾病的诊断提供病理依据并可进一步指导治疗。因此肾活检术对肾脏病的临床工作具有不可替代的重要作用。其意义在于以下几个方面：

手术潜在风险和对策

医生告知我如下肾穿刺活检术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，具体的手术术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手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

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. 肾穿刺技术毕竟是一种有创伤的检查，尽管穿刺技术不断改进，安全性越来越高，但并发症仍不可能完全避免。我理解此手术可能发生的风险：

- 1) 镜下血尿或肉眼血尿；
- 2) 肾周血肿；
- 3) 肾动静脉瘘形成，可能会出现肾脏严重出血、顽固性高血压及肾功能衰竭；
- 4) 损伤周围脏器、血管；
- 5) 继发感染；
- 6) 疼痛、呕吐；
- 7) 穿刺失败；
- 8) 术后需要卧床24小时或更长时间，在个别高危患者中可能会并发深静脉血栓形成。

4. 我理解当发生穿刺后出血等并发症时，需延长卧床时间，必要时还需要输血、甚至需要动脉栓塞止血或手术治疗。

5. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、出凝血功能障碍、血液系统疾病、肿瘤性疾病及感染等疾病时，以上这些风险可能会加大，或者在治疗术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

6. 我理解手术后如果我的体位不当或不遵医嘱的不良后果。

特殊风险或主要高危因素

江苏省人民医院
南京医科大学第一附属医院
肾穿刺活检术知情同意书

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：

—
—
—

一旦发生上述风险和意外情况，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择（请你打“√”选择）

☒ 我的医生已经告知我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、替代性医疗方案及其利弊并且解答了我关于此次手术的相关问题。

☒ 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

☒ 我理解我的手术需要多位医生共同进行。

☒ 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

☒ 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。

患者签名

[Redacted Signature]

同意 ☒ 不同意 ☐

签名日期 2016 年 7 月 19 日

法定/委托代理人签名

同意 ☐ 不同意 ☐

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治疗的方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、替代性医疗方案及其利弊并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名

吴月明

签名日期 2016 年 7 月 19 日

江苏省人民医院
南京医科大学第一附属医院

甲基强的松龙冲击治疗知情同意书

患者姓名: 性别: 男 年龄: 20岁 住院号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 — 蛋白尿，需要进行甲基强的松龙冲击治疗。

甲基强的松龙冲击是目前治疗重症系统性红斑狼疮、血管炎、皮肤炎以及其它自身免疫疾病的常用手段之一，是迅速控制和缓解病情以挽救生命或重要器官功能的必要治疗措施。根据病情，选择性给与甲基强的松龙200mg，500mg或1000mg，一般静脉给药3天。在治疗前、中、后医生要监测我的症状、体征、体力状况以及有关的化验检查，以评判激素冲击治疗的疗效及副作用。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下甲基强的松龙冲击治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗剂量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治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解此治疗方案可能发生的风险和医生的对策：

- 1) 我理解我出现感染的机率和风险可能增加，如：结核、病毒、细菌、霉菌感染。
 - 2) 我理解我可能出现血糖、血脂异常，如继发糖耐量异常或继发糖尿病。
 - 3) 我理解我可能出现继发性高血压、水钠潴留、充血性心力衰竭。
 - 4) 我理解我可能出现肢体脂肪重新分布、向心性肥胖等。
 - 5) 我理解我可能出现反酸、烧心，严重者可能出现消化道溃疡、消化道出血。
 - 6) 我理解我可能出现骨质疏松、股骨头坏死等。
 - 7) 我理解我可能出现继发性精神改变（兴奋、烦躁、失眠、抑郁、淡漠、幻觉、妄想等）。
 - 8) 我理解我可能有较小的机率出现青光眼、视乳头水肿或白内障加重等眼部情况。
 - 9) 我理解我可能有较小的机率出现过敏反应。
 - 10) 我理解我可能有较小的机率出现激素耐药、治疗效果不理想。
 - 11) 我理解如果我年龄较大，患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、精神神经系统疾病或既往有结核、肝炎等慢性感染性疾病，以上这些风险可能会加大，或者在治疗中或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。
- #### 2. 我理解治疗中或治疗后不遵医嘱的不良后果。

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：

—

—

甲基强的松龙冲击治疗知情同意书

一旦发生上述风险和意外情况，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择（请你打“√”选择）

- ☒ 我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、替代性医疗方案及其利弊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以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
- ☒ 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- ☒ 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。

患者签名 同意 ☒ 不同意 ☐ 签名日期 2016.7.19

法定/委托代理人签名 同意 ☐ 不同意 ☐ 与患者关系 —

签名日期

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、替代性医疗方案及其利弊并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名 签名日期 2016.7.19