

诊疗操作知情同意

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 66 科别: 普外 病案号: [REDACTED] 联系方式: [REDACTED]

这是一份关于 超声引导下甲状腺左叶结节穿刺活检术 的知情同意书, 医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。

1 目前诊断: (Current Diagnosis):

2 诊疗操作目的:

☐ 明确病因, 完善诊断; ☐ 确定治疗方案, 判定预后; ☐ 对症治疗, 缓解病情; ☐ 其他

3 主要意外、风险及并发症:

- ☐ 麻醉意外, 过敏反应;
- ☐ 疼痛、感染、发热、出血;
- ☐ 针道转移, 血管、神经、胆管或临近组织器官损伤;
- ☐ 气胸、胸膜反应、呼吸急速、呼吸困难、迷走反射、休克等;
- ☐ 血压波动明显、心率变化、心律失常、心跳骤停;
- ☐ 肿瘤破裂、器官穿孔、内出血、需转外科行急诊手术;
- ☐ 神经损伤导致相应症状;
- ☐ 肝肾功能损害、死亡;
- ☐ 伤口愈合延迟或不愈合窦道形成;
- ☐ 组织取材病理结果为假阴性;
- ☐ 肿瘤治疗不彻底、残留或复发的可能;
- ☐ 其他难以预料的意外
- ☐ 穿刺废弃标本用于 _____ 方面的实验研究

4 防范措施

1) 严格按照诊疗操作规范执行;

2) 加强监测, 仔细操作, 及时处理。

3) 其他: 现服用药物的种类和数量请在检查前向我们声明; 既往过敏史和血液系统疾病, 心脏疾病等请在检查前向我们声明; 如有其他不适和疾病请在检查前向我们声明。术后需要您禁食 2 小时。

5 可替代的方案 (Alternative Programs): ☐ 有 手术取材 ☐ 不确定 ☐ 无

操作人员: [REDACTED] 谈话医师签名: [REDACTED] 签名时间: 2020 年 0 月 10 日 时 分

我的医师已经告知我穿刺针具使用费用以及将要进行的诊疗方式必要性、步骤、成功率、治疗及治疗后可能发生的风险和并发症、不实施该医疗措施的风险, 操作中或操作后可能发生疼痛, 及产生疼痛后的治疗措施, 我经慎重考虑, 已充分理解本知情同意书的各项内容, 愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症, 并选择本治疗 (而非替代方案中的治疗方案)。

患者签名: _____ 签字时间: 2020 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的代理人在此签名。

被授权人/代理人签名: [REDACTED] 与患者的关系: 女儿 签字时间: 2020 年 0 月 10 日 时 分