

0000000000

手术知情同意书

姓名: 病 区: 介入科病区 床 号: 住院号:

手术知情同意书

术前诊断: 1、胰腺动脉分支动脉假性动脉瘤 2、胰腺占位: 神经内分泌肿瘤? 胰腺导管内乳头状肿瘤? 3、慢性胰腺炎急性发作

拟行手术名称: 超选择腹腔动脉造影+胰腺动脉分支动脉假性动脉瘤栓塞术

拟施手术时间: 2021-01-14

手术目的: 栓塞异常血管, 改善生活质量。

医务人员在实施该手术时, 术中、术后可能会出现以下风险及并发症(麻醉风险及并发症另有告知):

1. 药物过敏和毒副作用: 皮肤瘙痒、皮疹、喉头水肿、肝肾功能损害、呼吸困难、休克等
2. 穿刺可能损伤皮肤、软组织、血管及神经; 也可能因此出现血栓形成、假性动脉瘤、动静脉瘘、血肿、皮肤张力性水泡、皮肤缺血坏死及术区感染等;
3. 插管过程中可能出现导管、导丝血管内打折、缠绕、折断, 需手术取出;
4. 血管内灌注药物, 可能因此引起某些副作用发生, 如胃肠道反应、骨髓抑制、肝肾功能损害、神经损害、心脏损害、脱发或皮疹、色素沉着、皮肤坏死等;
5. 栓塞可能会出现相应部位的疼痛、发热、胃肠道反应、靶器官缺血坏死、脓肿形成, 或者栓塞材料脱落发生异位栓塞造成非靶器官坏死、功能丧失等; 弹簧钢圈费用高、不透X线, 慎行MRI检查;
6. 血管造影乏血供及可能误阳性结果; 也可能因血管异常或病变情况复杂等无法进行介入治疗或疗效不佳;
7. 术中动脉栓塞过程可能造成瘤体破裂出血大出血、失血性休克等; 术后可能出现局限性炎症、局部缺血坏死、肿瘤疼痛加重、重症感染等;
8. 术中动脉血管造影、介入治疗可能引起血管痉挛、血管破裂出血及原有病情加重, 术中、术后可能出现诱发心脑血管意外;
9. 术后患者需卧床穿刺肢体制动、局部加压包扎可能出现下肢静脉血栓形成、肺部感染、腹胀、便秘及排便困难、胃肠功能紊乱等;
10. 术后可能因个体差异出现病情加重, 控制欠佳及治疗效果不佳, 需要再次介入治疗或外科手术等相关治疗;
11. 动脉及肋间动脉造影、灌注药物、栓塞可能会导致脊髓损伤出现肢体感觉异常、运动障碍、瘫痪、大小便失禁等; 也可能致食道损伤出现吞咽疼痛、吞咽梗阻、食道-气管瘘; 咳嗽、咯血、脓胸等;
12. 术后可能病情加重出现呼吸、心跳骤停、多器官功能障碍等并发症危及生命甚至死亡, 必要时需进一步转ICU治疗;
13. 其他无法预知的并发症及意外; 术中可能诱发其他系统疾病的发作, 出现心、脑血管意外、或者病情加重、恶化, 甚至危及生命, 可能抢救无效死亡;
14. 我院是教学医院, 可能有实习医师作为助手参与手术;
15. 介入治疗需在X线下操作, 可能出现放射损伤;
16. 手术方式根据术中造影染色情况制定治疗方案, 除此手术方式外, 我们还根据您的情况介绍了可以选择的其他方案, 如: 保守治疗、外科手术、外院就诊等, 但你或/和你的代理人经过认真比较后表示暂不选择。
17. 特殊风险及主要高危的因素

手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 病区: 介入科病区 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

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. 医生已告知我或委托人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及风险, 可能存在的其他治疗方案并且解答关于此次手术的相关问题;
2. 我已详细阅读以上标注的各项内容, 对您们的告知完全理解, 也明白术中有不可预知情况, 可以根据患者的病情需要其他附加操作或变更诊疗方案, 理解手术过程中需要多位医生共同进行;
3. 我或我委托人未得到百分之百成功的许诺;
4. 我授权医师在遇到紧急情况时, 为保障我的生命安全实施必要的救治措施, 并保证愿意承担由此产生的全部费用, 此外我也知道在手术开始之前, 因为种种原因可以随时选择放弃该手术操作。

医务人员将严格遵守操作规程, 但不能完全避免上述风险及并发症的出现, 一旦发生, 医务人员将尽力采取措施处理。上述风险及并发症, 医师已如实告知, 病人及家属已详细了解, 自愿选择手术治疗, 并愿意承担手术可能面临的风险及并发症。

同意手术并签字如下:

病人签名:

代理人签名: [REDACTED]

签字日期: 年 月 日

签字日期: 2021年 01月 13日

特别提示:

经过充分了解手术相关情况, 自愿决定放弃手术治疗, 并且愿意承担因不施行手术而面临的健康风险。

不同意手术并签字如下:

病人签名:

代理人签名:

签字日期: 年 月 日

签字日期: 年 月

日

医师签名:

日期: 2021.01.13

介入诊疗术中护理记录单

姓名: [redacted] 性别: [redacted] 科室: 介入 床号: [redacted] 住院号: [redacted]

日	时	心	脉	呼	血	有	血	造	主要疾病诊断:	签名
月	间	率	搏	吸	压	创	氧	影	病情观察情况及护理措施和效果	
		次分	次分	次分	mmHg	血压	饱和度	剂量 ml		
2021	9:50		60	19	111/25		93%		术前准备: 患者生命体征平稳, 术前用药: 利多卡因 100mg, 造影剂 100ml, 术中监护: 生命体征平稳, 造影剂用量 100ml, 术后护理: 生命体征平稳, 无并发症。	张冲
	10:20		58	19	110/21		99%		术中监护: 生命体征平稳, 造影剂用量 100ml, 术后护理: 生命体征平稳, 无并发症。	张冲
	10:50		57	20	112/26		99%		术中监护: 生命体征平稳, 造影剂用量 100ml, 术后护理: 生命体征平稳, 无并发症。	张冲
	11:20		57	20	113/23		97%		术中监护: 生命体征平稳, 造影剂用量 100ml, 术后护理: 生命体征平稳, 无并发症。	张冲
	11:40		58	18	124/20		97%		术中监护: 生命体征平稳, 造影剂用量 100ml, 术后护理: 生命体征平稳, 无并发症。	张冲
	11:55		60	19	140/25		98%		术中监护: 生命体征平稳, 造影剂用量 100ml, 术后护理: 生命体征平稳, 无并发症。	张冲



食道胃镜检查、超声内镜检查知情同意书

患者姓名		性别		科室	消化内科	住院号	
------	--	----	--	----	------	-----	--

根据我的临床症状和表现,医生建议我作胃镜检查。

医生告知我胃镜检查可能发生如下的风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的检查方案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检查的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。建议我认真了解以下相关内容并作出是否接受检查的决定。

医生已告知除胃镜外还可以选择其他方法,包括但不限于 X线钡餐检查 胶囊内镜 CT 外科手术等。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性,在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险,但不仅限于:

- | | | |
|---------------|-------------------|--------------------|
| (1)过敏反应、过敏性休克 | (2)咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎 | (3)食管贲门撕裂 |
| (4)食管胃肠穿孔 | (5)出血 | (6)原有食管胃静脉曲张,诱发大出血 |
| (7)各种严重心律失常 | (8)急性心肌梗死 | (9)脑血管病 |
| (10)下颌关节脱臼 | | |

(11)除上述情况外,该医疗措施在实施过程中/后可能发生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:_____。

2. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心、脑血管意外,甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情,除上述风险以外,还可能出现以下特殊并发症或风险:_____

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、相关费用、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。

☒ 我授权医师对操作切除的病变器官、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。

☒ 我同意需要时使用一次性物品并承担相关费用。

☒ 我已如实填写信息并提供相应病史及既往检查资料,如有隐瞒出现后果自负。

☒ 我同意承担出现并发症时需要进一步诊治所发生的费用。

☒ 医生已告知我普通和无痛检查的区别,我愿意选择:

☐ 无痛胃镜检查 ☒ 无痛超声内镜检查 ☐ 普通超声内镜检查 ☐ 普通胃镜检查

患者签名 _____ 电话 _____ 签名日期 2021 年 1 月 5 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 _____ 电话 _____ 签名日期 2021 年 1 月 5 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他检查方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

医生签名

签名日期 2021 年 1 月 5 日

消化内镜检查和治疗术前病人病情评估评分表

	评 估 项 目	分 值
1	心率 (>100 次/分)	2
	(>120 次/分)	5
2	血压 (SBP>140mmHg ;DBP>90mmHg)	2
	(SBP>150mmHg ;DBP>95mmHg)	5
3	SPO2 (<95%)	5
4	年龄 (>65 或<14 岁)	2
	(>70 或<10 岁)	5
	(>80 或<7 岁)	10
5	急诊病人	5
6	有肝硬化病史	5
7	复诊病人(有内镜检查史)	5
8	6 月内复诊内镜检查大于 2 次病人	10
9	有医疗隐患者	5
10	有呕血、黑便史	5
11	有特殊用药史 :如非甾体药物、抗凝药等	1
12	有腹部手术史	1
13	重要器官功能损害 :心、肺、肝、肾、脑	2
14	生化指标异常 :血钾、血糖、Hb(<70g/L)、白蛋白(<25g/L)、凝血功能异常	2
15	检查结果异常 :心电图、B 超、CT	2
16	内镜治疗术	5
17	术中内镜	5
18	3-4 级内镜手术	10
19	新技术、新项目	10

注 :在患者具有项目上打√, 计算总分。

评分 <5 分为低危, 可由住院医师操作 ;

评分 5-9 分为中危, 可由主治医师及以上人员进行操作。

评分 ≥10 分为高危, 须由副主任医师及以上人员进行操作。

风险评估情况 : ☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危

评估人医生签名 :

护士签名 :

评估日期 : 2021 年 1 月 5 日