

安徽省立医院

特殊检查/治疗同意书

姓名: 科别感染病科三病区 病区感染病科三病区 床号12 住院号

姓名: 性别: 女 年龄: 51岁

因患肝硬化

需要施行经颈静脉肝穿刺活检特殊检查/治疗, 该项检查/治疗有助于临床诊断和治疗, 但有可能发生以下情况, 特向你说明如下:

- 1、麻醉并发症, 严重者可致休克, 危及生命;
- 2、造影剂过敏或肾毒性;
- 3、股动脉穿刺部位出血、血肿、感染、动静脉瘘或者假性动脉瘤形成等;
- 4、颈内静脉穿刺导致动脉、神经损伤; 颈部血肿影响呼吸、血气胸, 严重需外科治疗及抢救;
- 5、肝内穿刺相关并发症: 肝静脉、门静脉、下腔静脉等血管肝外穿刺导致腹腔、腹膜后大出血术中或术后死亡; 穿刺导致肝动脉/门静脉-胆道瘘致胆道大出血死亡等; 穿刺致心包填塞、危及生命甚至死亡; 胆道可能并发症: 分流道压迫致胆道梗阻, 胆道损伤、出血甚至大出血等;
- 6、术中出现血管、解剖异常等导致无法开通等其它意外情况发生, 须中止手术, 手术失败;
- 7、穿刺失败或穿刺标本不足无法明确诊断
- 8、其他难以预料的手术意外。

如遇上述情况, 我们一定会尽力抢救, 但难免有危及患者生命的危险发生。

患者及家属如同意该项检查/治疗, 请签字, 立据为证。

患者或家属意见:

与患者关系:

医 师 签 字:

年 月 日