动静脉内瘘手术知情同意书

这是一份有关\_\_\_动静脉内瘘手术 \_的知情同意书，目的是告诉您有关医生建议您进行的手术相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次手术有关的任何疑问。您有权知道手术性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行手术。除出现危及生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行手术。在手术前的任何时间，您都有权接受或拒绝本手术。

**1.您的主刀医生是： 吴龙龙**

**是否为外请专家：■否 □是，医院为：简单输入框**

**2.目前诊断：1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭**

**3.医生会用通俗易懂的语言给您解释：**

动静脉内瘘手术是采用局部或全身麻醉，通过外科手术，直接或通过移植血管将患者前臂的外周动脉和静脉连接使动脉血流流至前臂浅表静脉或移植血管，达到血液透析所需的血流量要求，便于经血管穿刺后建立血液的体外循环进行血液透析。动-静脉内瘘建立后可能发生闭塞、狭窄、动脉瘤形成、血流量过大等情况，需再次手术。

3.1 患者因目前存在以下情况：

■尚无血透所需长期血管通路 □原动-静脉内瘘形成血栓

□原动-静脉内瘘形成动脉瘤 □原动-静脉内瘘血流量过大

□原动-静脉内瘘血管狭窄 □已经成功进行肾移植

□其他原因

3.2 拟实施：

■自体动-静脉内瘘成形术 □动-静脉内瘘血栓再通术

□异体血管移植动-静脉内瘘成形术 □静脉球囊扩张术

□人造血管移植动-静脉内瘘成形术 □动脉球囊扩张术

□动-静脉内瘘结扎术 □内瘘修补术

□内瘘窃血结扎重建术 □其他手术方式：

3.3 拟手术部位：

□左上肢 □左下肢

■右上肢 □右下肢 □其他：

3.4 手术过程中和术后存在下列医疗风险,可能造成严重后果,甚至危及生命：

（1）麻醉意外；

（2）心律失常、心衰、脑梗塞、脑出血等心血脑血管意外，严重时可危及生命；

（3）血管损伤，造成不能控制的大出血，或肢端缺血坏死，需要另行手术，甚至截肢；

（4）神经、肌肉、关节损伤，可能造成不可恢复的感觉、运动障碍；

（5）切口渗血、血肿、感染、愈合困难甚至开裂；

（6）动静脉瘤样扩张，或假性动脉瘤形成，甚至破裂出血；

（7）肢体肿胀，缺血，疼痛，麻木，活动障碍甚至坏死；

（8）术后因回心血量的增加，有可能影响心功能，严重时有心脏扩大，心衰等可能；

（9）术后因血栓形成、血管狭窄、血管条件较差，或静脉动脉化困难，有可能导致内瘘闭塞、血液流量 达不到透析要求或穿刺困难，需要再次手术或改换其它通路；

（10）动-静脉内瘘结扎术后发生血管再通、动脉瘤复发，动-静脉内瘘扩张术后血管再狭窄等；

（11）由于医学的复杂性，可能发生其他无法预料或者不能防范的并发症等。

3.5 针对上述情况将采取的防范措施：

（1）术前认真评估病人，选择合适的手术方案，完善术前检查和围手术期处理，并根据基础疾病进行对 症治疗；

（2）术中仔细、规范操作，密切监测生命体征，备齐各种急救设备，及时处理术中出现的各种情况；

（3）术后严密监测生命体征及手术部位变化，发现问题及时处理；

（4）术后出现创口渗血、血肿、疼痛难忍等情况，及时请医护人员查看；

（5）术后应抬高手术侧肢体，勿压迫，勿届曲，衣袖宽松，确保血流畅通；

（6）发现肢端发冷、麻木、水肿、血管扩张等异常情况，及时就诊；

（7）术后两周，根据切口愈合情况，拆线或延迟拆线。

除内瘘已移除的病人外，还应注意：

（1）手术侧肢体应避免提、抬重物，避免内瘘侧肢体静脉注射，测量血压等；

（2）内瘘侧肢体注意防寒保暖，避免血管痉挛；

（3）积极防治低血压，避免内痿闭塞；

（4）经常触摸内瘘处，如震颤消失提示内瘘闭合，即刻就诊；

（5）术后若无特殊禁忌，按医嘱坚持服用血小板抑制剂等药物；

（6）伤口愈合后，新建自体动静脉内瘘应进行握拳锻炼，以促进静脉的动脉化。

**4.特别注意事项：如行移植血管内瘘手术或行内瘘球囊扩张术，材料费超过200元。**

**5.是否有其他可选择的治疗方法**■**有 腹膜透析** □**无**□**不确定**

**6.不采取该手术可能的后果： 无血液透析通路**

**7.其他：内瘘成形术后72小时内部分患者会有急性血栓形成的可能，必要时需行内瘘药物溶栓治疗，如药物治疗无效，需行急诊手术取栓治疗。**

**8.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片（有可能将其发表）作为医疗和教学之用。

医生签名：

签名时间：2025年6月5日15时49分

**9.患方意见：**

我的医师已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险。我经过慎重考虑，已充分理解本知情同意书的各项内容（共 3 页），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，并选择手术治疗。

**情况了解，风险已知，要求手术。**

患者（代理人）:请输入签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签字时间： 年 月 日 时 分

患者/法定代理人关系:(法定代理人与患者的关系)