碘对比使用知情同意书

这是一份关于**碘对比剂使用**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。 请您仔细阅读，提出与本次治疗有关的任何疑问。您有权知道治疗性质和目的、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治疗。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，医生不能对您施行治疗。在治疗前的任何时间，您都有权接受或拒绝本治疗。

**1.目前诊断（Current Diagnosis）：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**

**2.目的（Purposes）：**

静脉注入碘对比剂，能提高病变的显示率，但由于疾病的复杂性及影像检查的限度，仍有不能明确诊断的可能性。

**3.主要意外、风险及并发症 (Major Accidents, Risk Factors and Complications)：**

3.1由于特异体质等原因，少数患者可能会发生不良反应，轻者有咳嗽、喷嚏、头晕、胸闷、气急、恶心、呕吐、腹痛、荨麻疹、皮肤瘙痒等， 重者有喉咙水肿、心动过速、休克、甚至死亡。或者出现其他难以预料的情形。少数患者会出现肝、肾功能损害。

3.2在检查过程中由于使用高压注射器注射碘对比剂，个别患者注射部位可能会出现对比剂外渗，引起局部皮肤胀痛、疼痛、麻木感、皮肤起泡，甚至溃疡、坏死等。

**4.** **防范措施(Preventive Measures):**

4.1 严格把握使用指证，备好急救物品。 检查结束后在放射科观察区等候15-30分钟后离开。有不良反应及时告知医生、护士，医生将积极给予处置，请患者家属应予以理解和配合。无特殊情况，检查结束后请尽量多饮水，加快对比剂排出。

4.2 对比剂外渗时，不必惊慌，我们会及时处理。如出现异常情况（如皮肤起泡、皮肤组织发黑等）请及时就诊。

4.3 请告诉我们您过去是否有肝、肾功能不全、高血压、心脏病、哮喘及其他变态反应性疾病和食物、药物过敏现象。 ■有肾功能不全 □无

4.4 血肌酐值：血透umol/L □正常 ■异常

4.5 血肌酐异常患者存在加重对比剂肾病、肾功能损伤的风险，必须检查时建议充分水化，检查后1周内复查肾功能，到肾内科就诊。

**5. 可替代的方案(Alternative Programs)：**□有简单输入框 □不确定 ■无

**6.医师声明：**

医生已详细告知碘对比剂使用目的、风险和并发症，我充分理解并选择碘对比剂使用治疗。

医生签名：

签字时间：2025年6月8日10时30分

**7.患方意见：**

患者（代理人）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分