针极肌电图检查知情同意书

这是一份关于针极肌电图检查的知情同意书，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，提出与本次操作有关的任何疑问。您有权知道操作性质和目的、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操作。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，医生不能对您施行操作。在操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本操作。

**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**

您本次操作的医师是：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.诊疗操作目的(Purposes of Diagnostic and Therapeutic Procedure）：**

**□** 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 (Major Accidents, Risk Factors and Complications)：**

3.1穿刺部位出血、血肿、感染、疼痛等；

3.2针极电图检查时可直接损伤神经，损伤血管引起出血压迫神经等；

3.3胸背部肌肉肌电图检查可出现气胸、血胸；腹部肌肉肌电图可损伤腹腔内脏器、出现腹膜炎可能；

3.4因疾病本身需要多块肌肉和多个部位进行针极肌电图检查；

3.5因疾病本身及其它未能预见的原因需多次肌电图检查；

3.6假阴性及假阳性可能。

**4.防范措施(Preventive Measures):**

4.1需要充分了解禁忌症：（1）安装心脏起搏器、金属性心导管者。（2）开放性骨折或者创伤伤口未愈合者，外固定支架者。（3）血小板明显减少，出、凝血时间不正常等有出血倾向者。（4）意识不清，无法合作者；

4.2检查前：根据病人情况选择性完善相关检查，如血常规、凝血功能等；

4.3检查时：熟悉解剖、精确定位，尽量避开周边器官、大血管、神经等；仔细操作，动作轻柔、准确；

4.4检查后：观察针极肌电图检查部位有无出血，详细告知患者注意事项，避免揉搓针眼和让针眼接触毛巾等未消毒的物品等；

**5.可替代的方案(Alternative Programs)： 无**

**6.不采取该项操作/治疗可能产生的结果:** 无法明确神经肌肉病变的部位和性质

**7.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。

医师签名：

签字时间：2025年6月2日11时11分

**8.患方意见：**

医师已经告知我该诊疗操作的必要性和相关事项，我已充分理解并选择肌电图检查。

**情况了解，风险已知，要求操作。**

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