

# 宁夏医科大学总医院特殊检查/治疗知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有该检查/治疗的适应症，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查/治疗是指有一定危险性，可能产生不良后果的检查/治疗；由于患者体质特殊或者病性危笃，可能对患者产生不良后果和危险的检查/治疗；临床试验性检查/治疗；收费可能对患者造成较大经济负担的检查/治疗。医师特向您详细介绍和说明如下内容：特殊检查/治疗项目名称，目的、费用、可能出现的并发症、风险及替代医疗方案，帮助您了解相关知识，作出选择。

一 般 项 目	患者姓名	性别	年龄
	科 室	病房	病案号
医 生 告 知	【检查/治疗前诊断】		
	【拟行检查/治疗指征及禁忌症】		
	【不同的检查/治疗方案介绍】		
	根据您的病情，目前我院主要有如		
	【建议拟行检查/治疗名称】		
	【检查/治疗目的】		
	【拟行检查/治疗日期】		
	【拒绝检查/治疗可能发生的后果】		
	【患者自身存在高危因素】		
	【检查/治疗费用】术中可能使用的高值医用耗材		
<input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 部分自费 <input type="checkbox"/> 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）			
【检查/治疗可能出现的并发症、医疗风险】			
1、水钠潴留、引发或加重浮肿； 2、诱发或加重感染； 3、高血压、良性颅内压升高综合征或眼内压升高、青光眼； 4、胃肠道刺激（恶心、呕吐）、消化道溃疡、肠穿孔、消化道出血或出血加重； 5、精神症状			



- 6、糖尿病倾向（血糖升高）；
- 7、骨质疏松或骨折；
- 8、股骨头无菌性坏死；
- 9、向心性肥胖、痤疮；
- 10、手术或外伤后创口愈合不良；
- 11、静脉大量应用时可能发生全身过敏反应，如荨麻疹、胸闷、气短、喘鸣、颜面肿胀、心律失常、心脏骤停等；
- 12、其他不良反应。

其他：

我们将以高度的责任心，认真执行检查/治疗操作规程，做好抢救物品的准备，针对可能发生的并发症做好应对措施及检查/治疗过程中的密切观察。该检查/治疗一般不会引起严重的并发症，出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重后果的情况很少，但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，医疗意外风险不能做到绝对避免，且不能保证检查/治疗完全成功，也可能出现不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

【检查/治疗后主要注意事项】

保持伤口清洁 勿沾水 勿用消毒液

患者及委托代理人意见

我及委托代理人确认：

医师向我解释过我的病情及所接受的特殊检查/治疗，并已就以上第（ ）到（ ）项医疗风险向我进行了详细说明。我了解该检查/治疗可能出现的风险和结果的不确定性等情况。

医师也向我介绍过其他可替代检查/治疗方案及其风险，我也知道我有权拒绝或放弃此项检查/治疗，并知道由此带来的不良后果及风险；我已就我的病情、该检查/治疗及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

（请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样）

我 同意（填同意）接受该检查/治疗方案并愿意承担检查风险。

并授权医师：在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的方案实施必要的抢救。

患者签字：

委托代理人签字：

签字时间：2018年4月2日4时46分

签字地点：

我 同意（填不同意）接受该检查/治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查/治疗而发生的一切后果。

患者签字：

委托代理人签字：

签字时间： 年 月 日 时 分

签字地点：

复印专用章

备注

如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。



# 宁夏医科大学总医院特殊检查/治疗知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您的病情，您有该检查/治疗的适应症，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查/治疗是指有一定危险性，可能产生不良后果的检查/治疗；由于患者体质特殊或者病情危笃，可能对患者产生不良后果和危险的检查/治疗；临床试验性检查/治疗；收费可能对患者造成较大经济负担的检查/治疗。医师特向您详细介绍和说明以下内容：特殊检查/治疗项目名称，目的，费用，可能出现的并发症、风险及替代医疗方案，帮助您了解相关知识，作出选择。

一 般 项 目	患者姓名	性别	年龄
	科 室	病房	病案号
医 生 告 知	【检查/治疗前诊断】		
	【拟行检查/治疗指征及禁忌症】		
	【不同的检查/治疗方案介绍】		
	根据您的病情，目前我院主要有如		
	【建议拟行检查/治疗名称】		
	【检查/治疗目的】		
	【拟行检查/治疗日期】		
	【拒绝检查/治疗可能发生的后果】		
	【患者自身存在高危因素】		
	【检查/治疗费用】术中可能使用的高值医用耗材		
<input type="checkbox"/> 自费 <input type="checkbox"/> 部分自费 <input type="checkbox"/> 超过千元（详见使用自费药品和高值医用耗材告知同意书）			
【检查/治疗可能出现的并发症、医疗风险】			
1. 水钠潴留、引发或加重浮肿； 2. 诱发或加重感染； 3. 高血压、良性颅内压升高综合征或眼内压升高、青光眼； 4. 胃肠道刺激（恶心、呕吐）、消化道溃疡、肠穿孔、消化道出血或出血加重； 5. 精神症状			

- 6、超敏反应，包括罕见的支气管狭窄、荨麻疹、血管性水肿或过敏反应
- 7、其他如葡萄膜炎、巩膜炎、颌骨骨坏死等；
- 8、其他不良反应。

其他：

我们将以高度的责任心，认真执行检查/治疗操作规程，做好抢救物品的准备，针对可能发生的并发症做好应对措施及检查/治疗过程中的密切观察。该检查/治疗一般不会引起严重的并发症，出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果的情况很少，但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，医疗意外风险不能做到绝对避免，且不能保证检查/治疗完全成功，也可能出现不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

【检查/治疗后主要注意事项】

记录有记录，身体的异常不是。

鉴于检查/治疗设备、条件、位置、体质等因素的影响，该特殊检查/治疗可能不能完成，有可能达不到预期的效果，或需再做进一步的检查/治疗。

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

经治医师签字：王雪梅

签字时间：2018年5月4日11时\_\_分

患者及委托代理人意见

我及委托代理人确认：

医师向我解释过我的病情及所接受的特殊检查/治疗，并已就以上第( )到(8)项医疗风险向我进行了详细说明。我了解该检查/治疗可能出现的风险和结果的不确定性等情况。

医师也向我介绍过其他可替代检查/治疗方案及其风险，我也知道我有权拒绝或放弃此项检查/治疗，并知道由此带来的不良后果及风险；我已就我的病情、该检查/治疗及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以“同意”选择。

(请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以“同意”选择)。

我同意(填同意)接受该检查/治疗方案并愿意承担检查风险。

并授权医师：在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的方案实施必要的抢救。

患者签字：

委托代理人签字：

签字时间：2018年5月4日11时\_\_分

签字地点：急诊科

我(填不同意)接受该检查/治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查/治疗而发生的一切后果。

患者签字：

委托代理人签字：

签字时间：\_\_年\_\_月\_\_日\_\_时\_\_分

签字地点：\_\_

备注

如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。



尊敬的\_\_\_\_患者或家属：

1. Log4相关性疾病

2. 尿频、尿急、尿痛

3. \_\_\_\_\_

现在由主管医师 王雪梅 向您或家属做了患者的病情介绍,并拟定以下诊疗方案:

1. 血常规, 生化, 凝血, 尿常规, IgG 免疫相关指标, ESR, CRP, 心脏彩超, 胎儿 CT 检查

2. 给予激素、免疫抑制剂、改善循环、补钙等治疗。

3. 请上级医师指导进一步治疗。

您在诊疗过程中有可能出现的问题及病情转化:

1. 治虫有效，病情好转。

2. 病情加重，治疗效果不理想

3. 出现无热反应以外, 为输液反应, 药物过敏

应予以注意:

您在本次住院期间的主任医师 池淑红 副主任医师 池淑红 主治医师 王芳

住院医师                     

如果您或您的家属对以上内容无异议,请签字表示认可,以便我们尽最大努力为您做好医疗服务。

忠者或家属签字

医生签字

2018年 4月2日

宁夏医科大学附属医院风湿科

伊曲康唑使用知情同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 65岁 住院号 140663

患者现因病情需要须使用伊曲康唑治疗。使用此种药物过程中可能出现：

1. 神经系统：头痛；
2. 皮肤及皮下组织异常：皮疹；
3. 胃肠道异常：腹痛、腹泻、胃肠道胀气、恶心；
4. 肝胆系统异常：肝毒性；
5. 神经系统异常：眩晕、抽搐、味觉异常；
6. 心脏异常：QT 间期延长，尖端扭转型室速；
7. 免疫系统异常：过敏反应；
8. 代谢以及营养异常：高胆固醇血症、高甘油三脂血症；
9. 血液系统：淋巴细胞减少，包括中性粒细胞减少和粒细胞减少；
10. 其他。

若患者及（或）家属同意使用此药并谅解以上副作用，请签字为证。

患者签字：

家属签字：

（附关系）母女

签字时间：2018.4.27

主管医师：

签字时间 2018.4.27

