

苏州市立医院北区

气管插管和机械通气知情同意书

患者姓 性别 男 年龄 45 床号 9 科

疾病介绍和出外建议

医生已告知患者有 呼吸困难，需要进行气管插管和机械通气。

机械通气的目的：改善呼吸功能，维持生命体征，为解除诱发加重因素争取时间。

手术潜在风险和对策：

医生告知患者气管插管和机械通气可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作根据不同病人的情况有所不同，医生已告知患者及家属可与患者的医生讨论有关患者操作的具体内容，如果有特殊的问题可与患者的医生讨论。

- 1.我理解任何麻醉都存在风险。
- 2.我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
- 3.我理解此操作可能发生的风险和医生的对策：

气管插管：

- 1) 刺激迷走神经引起呼吸心跳骤停；
- 2) 口腔局部损伤和牙齿脱落；
- 3) 咽部感染、喉头水肿及声带损伤；
- 4) 气管软骨脱位；
- 5) 误吸、肺部感染和肺不张；
- 6) 粘液栓、痰栓等引起急性气道阻塞；
- 7) 误入食道；
- 8) 插管失败；

机械通气：

- 1) 呼吸机诱发的肺损伤，相关性肺部感染；
- 2) 患者不能脱离呼吸机，呼吸机依赖；
- 3) 血流动力学不稳定，血压下降，心律失常，心功能衰竭等循环功能障碍；
- 4) 患者与呼吸机不同步，致呼吸困难，呼吸功能衰竭继续加重；
- 5) 病人需要约束治疗；
- 6) 皮下气肿、纵膈气肿和气胸等；氧中毒；
- 7) 气管食管瘘；
- 4.我理解如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。
- 5.如果患者的体位不当或不遵医嘱，可能影响操作效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我的病情，可能出现以下特殊的并发症或风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。



患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名_____ 签名日期_____年_____月_____日

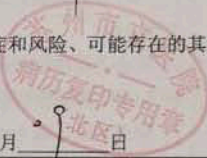
如果患者无法签署，请家属在此签名：

患者授权亲属_____ 签名日期2016年12月09日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的操作方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名_____ 签名日期2016年12月09日



苏州市立医院北区 血液净化知情同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别 [REDACTED] 年龄 [REDACTED] 床号 [REDACTED] 病历 [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知患者有 [REDACTED]，需要进行血液净化，治疗项目包括以下的一项或者几项：

1.持续肾脏替代治疗

连续性肾脏替代治疗（continuous renal replacement therapy, CRRT）是通过连续、缓慢清除水分和溶质以替代受损肾功能的一种血液净化疗法。目前该治疗手段已在急慢性肾衰竭的重症患者和各种临床上常见危重病例的救治过程中广泛应用。应用连续性肾脏替代治疗的目的在于：

- (1) 清除毒素，纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱；
- (2) 为进一步的治疗创造条件。

与普通血液净化疗法相比，连续性肾脏替代治疗的突出优点体现如下：

- (1) 稳定性好：对全身血流动力学影响小，可清除大量液体而保持最小的血流动力学变化；
- (2) 连续性：一日 24 小时中能连续恒定地维持、调节水、电解质酸碱平衡，模拟生理肾的滤过，为临床进行高能营养治疗提供可能性；
- (3) 弥散和对流可同时进行，尿毒症的中、小分子量毒素同时得到清除，而血渗透压变化小；
- (4) 方便：可在危重患者床边进行。

目前在连续性肾脏替代治疗过程中，我们多采用 CVVH（连续性静脉-静脉血液滤过）或 CVVHDF（连续性静脉-静脉血液透析滤过）的方式，即采用中心静脉留置双腔导管作为血管通路进行治疗，其优点在于对血流动力学影响更小，而且方便操作。

2.血浆置换

血浆置换是指将全血分离成血浆和细胞成分，然后丢弃患者血浆和用健康人血浆或血浆代用品予以替代。其目的在于从中清除某些疾病的相关致病因子，从而达到治疗目的。这些因子包括自身免疫性疾病的抗体（IgM、IgG 等）、沉积于组织的免疫复合物、异型抗原和异常增多的副蛋白，有时还包括一些同蛋白结合的毒素。此外，血浆置换治疗还可能减少了非特异性的炎症介质，并可改善一些疾病的网状内皮系统功能。目前在神经系统疾病、自身免疫性疾病、肾脏疾病、血液病和肿瘤性疾病、肝病、一些代谢性疾病等许多领域中，均可以应用血浆置换作为一线治疗和辅助治疗。

治疗潜在风险和对策

医生告知我血液净化可能发生如下一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

- 1.任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
- 2.此治疗可能发生的风险：

血流动力学不稳定，如低血压、心律失常和心力衰竭等；
 凝血功能障碍，红细胞及血小板破坏；
 出血，如脑出血、有创伤口出血、血肿等；
 感染：包括局部穿刺部位感染及血行性感染；
 气栓、血栓；
 管路、滤器破损；
 过敏；
 低体温；
 营养物质丢失；
 失衡综合征（脑病）；



病情不好转及其它难以预料的意外。

3. 我理解如果患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在治疗中或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，可能出现以下并发症或风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。
- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
- 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对治疗切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者无法在此签名：

患者授权亲属 _____ 签名日期 2018 年 12 月 09 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名 _____ 签名日期 2018 年 12 月 09 日

苏州市立医院北区

静脉穿刺置管和血流动力学监测知情同意书

患者姓名 性别 男 年龄 24岁 床号 9 病历号

疾病介绍

医生已告知患者有 心律失常，需要在局麻+静脉镇静镇痛下进行中心静脉穿刺置管和血流动力学监测，包括下列一种或几种：

- ☒ 锁骨下静脉穿刺置管 ☐ 股静脉穿刺置管 ☐ 肺动脉导管置管及 Swan-Gaz 监测
☐ 颈内静脉穿刺置管 ☐ 股动脉穿刺置管及 PiCCO 监测 ☐ 桡动脉穿刺置管及有创血压监测

操作潜在风险和对策

医生已告知中心静脉穿刺置管和血流动力学监测可能发生如下的一些风险，有些 uncommon 的风险可能没有在此列出，具体的操作根据不同病人的情况有所不同，医生已告知患者及家属可与患者的医生讨论有关患者操作的具体内容，如果有特殊的问题可与患者的医生讨论。

- 任何麻醉都存在风险。
- 任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
- 此操作存在以下常见风险和局限性：
 - 术中出血，周围组织损伤（神经、血管、胸膜等）；
 - 血胸、气胸；
 - 误入动/静脉；
 - 导丝折断，滞留血管中，导管打折、折断；
 - 心律失常；心脏破裂，血管损伤；血栓形成或肺栓塞；
 - 穿刺失败；
 - 术后出血，术后感染；

4. 如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素

根据患者个人的病情，可能出现以下特殊的并发症或风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名 签名日期 年 月 日

如果患者无法签字，授权的亲属在此签名：

患者授权亲属 系 签名日期 2014 年 12 月 09 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医生签名 签名日期 2014 年 12 月 09 日

苏州市立医院

特殊治疗同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 24岁 病区 ICU 床号 ICU09 住院号 [REDACTED]

患者因病于2014-12-09, 10:49入住我院ICU, 根据患方所述的病情、存在的症状及有关检查, 目前拟诊断为 化学烧伤(硝酸、氟化氢铵), 吸入性损伤, 呼吸衰竭, ARDS。由于病情需要, 经治医师建议于2014年12月10日采取ECMO(体外膜肺氧合) 治疗。该治疗方案是一种对人体有一定副作用、高风险及高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等元素。又由于已知和无法预见的原因, 本治疗方案有可能会发生失败、并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下, 手术仍有可能发生如下医疗风险:

1. 大出血, 血肿,
2. 空气栓塞,
3. 血行感染, 感染性休克
4. 心跳呼吸骤停
5. 其他意外

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险, 但由于现有医疗水平所限, 仍有可能出现不能预见, 不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害的不良后果。

医患双方的共识:

1. 医疗机构及其医务人员在医疗活动中, 必须严格遵守医疗卫生管理法律, 行政法规, 部门规章和诊疗护理规范, 常规, 恪守医疗服务职业道德。

2. 患方已充分了解了该手术方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其他治疗方法及其利弊; 对其中的疑问, 已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的手术方案。

3. 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示, 并确认医方已履行了告知义务, 患方已享有知情、选择及同意权利, 将受我国有关法律的保护。本同意书一式二份, 医患双方各执一份。

患者或近亲属或法定代理人签字:

2014年12月10日

医院经治医师签字:

2014年12月10日



V2

苏州市立医院

特殊治疗同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 24岁 病区 ICU 床号 ICU09 住院号 [REDACTED]

患者因病于2014-12-09 入住我院ICU,根据患方所述的病情、存在的症状及有关检查,目前拟诊断为 化学烧伤(硝酸,氟化氢铵),吸入性损伤,呼吸衰竭,ARDS。由于病情需要,需经治医师建议于2014年12月19日采取 ECMO拔除股动脉、静脉术、股动脉、静脉修补术 治疗。该治疗方案是一种对人体有一定副作用、高风险及高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等元素。又由于已知和无法预见的原因,本治疗方案有可能会发生失败、并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生如下医疗风险:

1. 出血至休克、甚至死亡
2. 局部血肿
3. 穿刺处感染、血行感染,并至感染性休克
4. 股动脉栓塞至下肢坏死、最终需行截肢
5. 股静脉栓塞、并可脱落至肺栓塞而猝死
6. 撤离ECMO后呼吸衰竭加重、发生MODS
7. 其他难以预料的意外

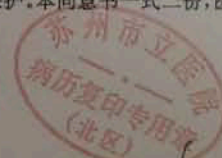
医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险,但由于现有医疗水平所限,仍有可能出现不能预见,不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害的不良后果。

医患双方的共识:

1. 医疗机构及其医务人员在医疗活动中,必须严格遵守医疗卫生管理法律,行政法规,部门规章和诊疗护理规范,常规,恪守医疗服务职业道德。
2. 患方已充分了解了该手术方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其它治疗方法及其利弊;对其中的疑问,已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的手术方案。
3. 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示,并确认医方已履行了告知义务,患方已享有知情、选择及同意权利,将受我国有关法律的保护。本同意书一式二份,医患双方各执一份。

患者或近亲属或法定代理人签字
年 月 日 [REDACTED]

医院经治医师签字:
2014 年 12 月 19 日



185

苏州市立医院

手术同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 24岁 病区 新十八病 床号 1823 住院号 [REDACTED]
区

患者因病于2014.12.09 入住我院新十八病区,根据患方所述的病情、存在的症状及有关检查,术前拟诊断为①.全身多处化学灼伤60% (深Ⅱ° 47% Ⅲ° 13%) 合并休克 ②.吸入性损伤(重度) ③.氢氟酸化学中毒。由于病情需要,经治医师建议于2015年01月22日,拟行面部、右前臂、阴囊阴茎及双下肢扩创+取头皮刃厚小皮片移植术手术以达到修复封闭创面治疗目的。手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等元素,绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。又由于已知和无法预见的原因,本手术有可能会发生失败、并发症、损伤临近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生如下医疗风险:

1. 麻醉过程中,可能发生呼吸、心脏骤停等意外危险。
2. 手术过程中,因病变浸润、炎症、解剖异常等因素,可能发生术中难以控制的出血,并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能,手术中发现病变不能切除,则行姑息性手术或仅作探查。
3. 术后可能发生切口感染、化脓、瘻或窦道形成,切口不愈合,组织或器官粘连,术后再出血或再次手术的可能以及心、肝、肺、肾、脑等器官或系统的并发症或疾病本身发展所致的不良转归。
4. 失血性休克,凝血功能障碍。坏死组织清除不彻底,植皮创面出血、感染。
5. 术后创面及全身感染,深度创面多次植皮,部分植皮不成活。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险,但由于现有医疗水平所限,仍有可能出现不能预见,不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害的不良后果。

医患双方的共识:

1. 医疗机构及其医务人员在医疗活动中,必须严格遵守医疗卫生管理法律,行政法规,部门规章和诊疗护理规范,常规,恪守医疗服务职业道德。
2. 患方已充分了解了该手术方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其它治疗方法及其利弊;对其中的疑问,已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的手术方案。
3. 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示,并确认医方已履行了告知义务,患方已享有知情、选择及同意权利,将受我国有关法律的保护。本同意书一式二份,医患双方各执一份。

患者或近亲属或法定代理人签字: [REDACTED]
年 月 日

医院经治医师签字: 吴海清
2015年01月21日

40

苏州市立医院

手术同意书 (2)

患者姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 24岁 病区 新十八病 床号 1823 住院号 [REDACTED]
区

患者因病于2014.12.09 入住我院新十八病区,根据患方所述的病情、存在的症状及有关检查,术前拟诊断为①.全身多处化学灼伤60% (深Ⅱ° 47% Ⅲ° 13%) 合并休克 ②.吸入性损伤(重度) ③.氢氟酸化学中毒。由于病情需要,经治医师建议于2015年02月06日,拟行阴囊及双下肢扩创+取自体头皮移植手术以达到修复封闭创面治疗目的。手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等元素,绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。又由于已知和无法预见的原因,本手术有可能会发生失败、并发症、损伤临近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生如下医疗风险:

1. 麻醉过程中,可能发生呼吸、心脏骤停等意外危险。
2. 手术过程中,因病变浸润、炎症、解剖异常等因素,可能发生术中难以控制的出血,并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能,手术中发现病变不能切除,则行姑息性手术或仅作探查。
3. 术后可能发生切口感染、化脓、瘘或窦道形成,切口不愈合,组织或器官粘连,术后再出血或再次手术的可能以及心、肝、肺、肾、脑等器官或系统的并发症或疾病本身发展所致的不良转归。
4. 失血性休克,凝血功能障碍。坏死组织清除不彻底,植皮创面出血、感染。
5. 术后创面及全身感染,深度创面多次植皮,部分植皮不成活。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险,但由于现有医疗水平所限,仍有可能出现不能预见,不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害的不良后果。

医患双方的共识:

1. 医疗机构及其医务人员在医疗活动中,必须严格遵守医疗卫生管理法律,行政法规,部门规章和诊疗护理规范,常规,恪守医疗服务职业道德。

2. 患方已充分了解了该手术方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其它治疗方法及其利弊;对其中的疑问,已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的手术方案。

3. 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示,并确认医方已履行了告知义务,患方已享有知情、选择及同意权利,将受我国有关法律的保护。本同意书一式二份,医患双方各执一份。

患者或近亲属或法定代理人签字:
年 月 日

医院经治医师签字: 晏清
2015年02月05日