

同济大学附属同济医院

住院患者告知书

患者:

为保障您在我院住院治疗期间享有充分的知情同意权。医务人员将向您告知您的病情、主要医疗措施、医疗风险等情况,解答您对疾病的咨询,在保护隐私的前提下,采集您的医疗资料用于医学研究。未经患者本人充分知情和签名同意,医务人员将不得进行手术等重大医疗行为。但由于患者各人心理承受能力不同,以及疾病发展具有不可预知性。为有利于治疗,请您现授权委托一位您充分信任的代理人,代为行使您的知情同意权。我院将依据您的签名出具的授权委托书,视代理人的代理行为为您本人真实意思的表示。如您为未满18周岁或没有民事行为能力和限制民事行为能力的,您的法定监护人为您的法定代理人,代为行使知情同意权。在紧急情况下,为了赢得抢救时间,医生有权根据您的病情采取紧急救治措施,有些措施对您的身体带有侵袭性,希望得到您或您的家属或者关系人的理解和配合。

特此告知

上海市同济医院
谈话人(医生签名)

上述告知书内容本人已充分了解,本人决定选择以下方式(选择并请在□中打√):

- ☒ 向贵院出具授权委托书指定代理人(见以下授权委托书);
☐ 向贵院出具户籍等相关证明,明确法定代理人(未成年人;意识不清;智障、精神疾病等限制民事行为能力的人);
☐ 本人决定不委托代理人,如本人疾病出现危急情况或不可预知情况,授权经治医生决定治疗方案,如有医疗风险和不良后果,由本人自行负责。以下授权委托书为空白。

患者签名:

住院号:

时间:2019年 07月 22日

授权委托书

为有利于本人的疾病治疗,兹委托 (与本人关系:) 为本人的代理人。听取医疗机构告知有关病人的病情、医疗措施、医疗风险等情况,全权处理本人在诊疗过程中的一切事务并在手上同意书等需要患者签名同意的医疗文书上签名,代理本人行使知情同意权和选择权。经代理人签名同意所实施的诊疗行为,若产生不良后果将由本人承担

此致

受托人签名:

性别:

年龄:

身份证号码:

住址:

联系电话:

上海市同济医院

委托人(患者)签名:

性别: 女

年龄: 29岁

住院号:

床号:

2019年 07月 22日

同济大学附属同济医院

创伤性检查、治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 29 岁 病室: [REDACTED] 床号: 61 住院号: [REDACTED]

诊断: 休克 多器官功能衰竭 拟定检查、治疗:

创伤性检查与治疗是一种侵入人体的检查、治疗方法。在检查、治疗过程中可能对人体带来一定的损伤,发生以下问题:

一、气管插管:

- 1.呼吸心跳骤停; 2.气管气粘膜损伤; 3.气管插管困难,需气管切开; 4.损伤牙齿,发生呕吐、反流、误吸、喉痉挛、喉头水肿、气道阻塞等 5.气管插管难以拔除,需气管切开; 6.返流进气道引起肺部感染; 7.呼吸机相关性肺炎 8.呼吸机脱机困难,意外拔管可能 9.其他不可预料的事件

二、留置胃管:

- 1.诱发消化道大出血 2.插管时呼吸心跳骤停 3.大出血后窒息 4.消化道穿孔 5.心脑血管意外 6.其他不可预料的一切意外

三、深静脉置管:

- 1.邻近脏器损伤,出血; 2.局部感染; 3.深静脉血栓形成; 4.血、气胸; 5.皮下气肿 6.置管失败; 7.其它不可预测的意外

四、留置导尿管

- 1.损伤尿道粘膜 2.局部出血 3.损伤尿道出血、感染 4.渗漏 5.置管困难、拔管困难 6.其它不可预知的意外

五、有创动脉血压监测

- 1.邻近组织损伤,出血; 2.局部感染; 3.血栓形成; 4.皮下气肿 6.置管失败; 7.其它不可预测的意外

您或您的委托代理人如对上述告知情况不理解的,可向医师咨询。在您或您的委托代理人充分理解以后,可自主决定是否接受检查、治疗。请在本文书上写明意见并签名。

患方选择意见: 同意 签字: 一、二、三、四、五、

患方或代理人签名: [REDACTED]

医师签名: [REDACTED]

与患者关系: 女儿

19年 7 月 22 日

2019年 7 月 22 日