

山东省千佛山医院

门诊号_____

科室 血液科

化疗知情同意书

住院号_____

姓名

性别

年龄

病区

床号

诊断(拟诊)

拟执行化疗方案:

可替代治疗方案:

1. 化疗可能达到的疗效: 化疗作为治疗肿瘤的主要手段之一, 已广泛应用于临床, 并对多种肿瘤具有良好的疗效。部分肿瘤病人经过化疗可以得到根治, 更多的病人经过化疗可以延长生存时间及改善生活质量。但是, 不是所有病人都适宜于做化疗, 也不是所有肿瘤都对化疗敏感。

2. 化疗可以引起的不良反应: 化疗药物在杀死肿瘤细胞的同时, 对人体的正常细胞也有一定的毒副作用。化疗的毒副作用主要表现为恶心、呕吐、血象降低、感染、脱发、口腔黏膜炎症等常见的症状, 还可以对人体的心、肺、肝、肾功能等造成不同程度的损害。化疗的毒副作用随所用药物及病人的耐受能力而异, 一般能缓解。

3. 医生的责任: 我们将通过讨论尽可能提供合理的化疗方案, 以期达到最佳疗效, 同时我们将避免、预防和积极处理化疗的毒副作用。

4. 化疗患者均应行锁骨下静脉穿刺或 PICC, 化疗药物刺激血管可引起静脉炎、药物外渗可导致局部皮肤坏死。

5. 病人的配合: 在化疗中, 病人应配合我们的检查和治疗。

医师签名

上述情况已明, 同意化疗。

患者本人签名:

或代理人签名:

或单位负责人签名:

职务:

工作单位:

2021. 年 2 月 28 日

注: 除患者不具备完全民事行为能力外, 不是患者本人签名必须先签署授权委托书, 由委托书上患者指定的代理人签名。

患者姓名: 王爱秀 科室: 急诊内科 住院号: 20150000483295 门诊号: ZY020000483295

尸体解剖告知书

患者姓名: [] 性别: 女 年龄: 49岁 病历号: []

尊敬的患者家属或患者的法定监护人、授权委托人:

您的家人 [] 因疾病 [] 于2015年 [] 月 [] 日 [] 时 [] 分去世, 敬请您阅读并告知如下事项:

1. 如死者生前未对尸体作出明确处理意见, 死者的家属具有对尸体及器官捐献的处置权。
2. 如家属对死者的死因有异议, 应在48小时内提出尸检申请, 我院具有尸体冷冻条件, 尸检时间可以延长至7日 (尸体冷冻费用需另行交纳)。
3. 如拒绝或延迟尸检, 因超过规定时间对死因判定产生影响, 自行承担后果。
4. 尸体解剖的过程可能会对死者的遗体造成破坏, 取出必要的组织、内部器官进行检验, 所以在尸体解剖时尸体的体貌会有所损坏, 同时死者的部分组织、内部器官会缺失, 并且, 即使进行了全面、系统的尸体解剖和病理检验, 仍有可能查不出真正的死因。
5. 尸检需具备资质的机构进行。
6. 您可以委托法医病理学人员参加尸检, 也可以委托代表观察尸检过程。

患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见:

医护人员已将尸检的相关情况向您做了详细的说明, 并且及时解答了相关问题, 经慎重考虑, 我们对尸检处理的态度是: [] (“同意尸检”或“不同意尸检”)。

死者直系亲属签字: [] 死者关系 [] 签名日期: 2015年3月2日 9时12分

患者姓名 [REDACTED] 科室:血液内科1组 住院号 [REDACTED] 门诊号:
0003013804



输血/血液制品治疗知情同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别:女 年龄:49岁 病历号:[REDACTED] 3395
ID号: [REDACTED] 病区:二十四病区 床号:58
临床诊断:慢性粒细胞白血病 输血史:☒ 无/☐ 有:

输血治疗是临床治疗的重要措施之一,是必要治疗及临床抢救急、危、重患者生命的有效手段。输血治疗的方式包括自身输血、输异体血(全血、成分血)和输血液制品治疗等。

自身输血主要方式包括贮存式、稀释式和回收式自身输血。自身输血可以避免经血液传播疾病,避免严重的输血不良反应,避免对受者免疫系统的抑制,尤其适用于稀有血型、宗教信仰而拒绝使用他人血液的特殊群体等。一般来说自身输血安全有效,但也存在一定风险和不良反应。贮存式自身输血存在术前多次采血可能造成患者贫血、发生献血反应、细菌污染引发菌血症,以及由于不可抗拒的原因,可能造成自身储血不能回输等风险。稀释性自身输血稀释或扩容不当,也可引起稀释性凝血病、循环超负荷等不良反应。回收式自身输血可能造成凝血因子和血小板的减少,存在溶血、细菌污染肿瘤扩散、空气栓塞等风险。

我国实行无偿献血制度,积极推行成分输血。虽然采供血机构对血液进行了严格检测,但由于现有检验手段不能够完全消除一切潜在的有害病原体及存在窗口期问题故输异体血液或血液制品均存在发生输血反应及感染经血液传播的疾病等医疗风险。其治疗风险包括但不限于以下数种:①感染肝炎(乙肝、丙肝等);感染艾滋病;感染梅毒;感染疟疾;②巨细胞病毒或EB病毒感染;③输血引起的其他疾病;④发生输血反应出现过敏症状、呼吸困难、发热、疼痛、寒战、恶心、黄疸、肾脏损害、凝血异常、贫血、心脏衰竭等,甚至死亡。

同时,根据您的病情,您需要进行多次输血治疗。

经治医师签字: [REDACTED] 2019年3月1日 10时20分

我已详细阅读以上内容,对医务人员的风险告知表示完全理解,经慎重考虑,我决定接受下列输血治疗:①自身输血;②输异体血(全血、成分血);③输血液制品治疗等
患者本人签字 [REDACTED] 患者近亲属签字 [REDACTED] 与患者关系 [REDACTED] 2019年3月1日 10时20分

因抢救生命垂危的患者等特殊情况需紧急输血,不能取得患者或者其近亲属意见的,经医疗机构负责人或者授权的负责人批准后实施。

医疗机构负责人或者授权的负责人签字: [REDACTED] 年 月 日 时 分

患者姓名: [REDACTED]

科室: 血液内科 1 组

住院号: [REDACTED]

门诊号:

病危病重通知书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 49 岁 病历号: [REDACTED]

尊敬的患者家属或患者的法定监护人、授权委托人:

您好! 您的家人 [REDACTED] 现在在我院 血液内科 住院治疗。

目前诊断为: 再生障碍性贫血。

虽经医护人员积极救治, 但目前患者病情危重, 并且病情有可能进一步恶化, 随时会出现以下一种或多种危及患者生命的并发症:

- 1、肺性脑病, 严重心律失常、心功能衰竭、心肌梗死、高血压危象;
- 2、上消化道出血导致出血性休克、脑出血、脑梗塞、脑疝;
- 3、感染中毒性休克、过敏性休克、心源性休克;
- 4、弥漫性血管内凝血 (DIC);
- 5、多器官功能衰竭;
- 6、糖尿病酮症、酸中毒、低血糖性昏迷、高渗性昏迷; 7、其他。

上述情况一旦发生会严重威胁患者生命, 医护人员将会全力抢救, 其中包括气管切开、呼吸机辅助呼吸、电除颤、心脏按摩、安装临时起搏器等措施。

根据相关法律规定, 为抢救患者, 医生可以在不征得您同意的情况下依据救治工作的需要对患者先采取抢救措施, 并使用急救救治所必需的仪器设备和治疗手段, 然后履行告知义务, 请您予以理解并积极配合医院的抢救治疗。

如您还有其他问题和要求, 请在接到本通知后主动找医生了解咨询。

此外, 限于目前医学科学技术条件, 尽管我院医护人员已经尽全力救治患者, 仍存在因疾病原因患者不幸死亡的可能。请患者家属予以理解。

患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见:

关于患者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于患者病情危重时进行的救治措施, 医护人员已经向我详细告知。我了解了患者病情危重, 并 (“同意”) 医护人员进行 (同意划√, 可多选): 使用药物进行救治, 对所发生的一切后果我们自行承担责任。

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 气管切开 | <input type="checkbox"/> 呼吸机辅助呼吸 | <input type="checkbox"/> 电除颤 |
| <input type="checkbox"/> 心脏按压 | <input type="checkbox"/> 临时起搏器 | <input type="checkbox"/> 其他有创救治措施。 |

患者授权亲属签名: [REDACTED] 患者关系: 母亲 签名日期: 2019 年 3 月 3 日 17 时 08 分

患者授权近亲属签名: _____ 与患者关系: _____ 签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

医生签名: _____ 签名日期: 2019 年 3 月 3 日 17 时 08 分