

四川大学华西第二医院 住院病人知情同意书

姓名: [REDACTED] 室: 锦江小儿心血管科 登记号: 08652967 病案号: [REDACTED]

日期: 2019年11月07日 14:29:27

患儿于 2019 年 11 月 07 日转如我科, 主管医护人员已向我和我的亲属宣传了医院有关住院病人应遵守的制度, 并介绍了病区环境(含安全通道)、室内设施、使用方法及住院期间的注意事项等, 并介绍了以下事项:

1. 住院期间患者如出现任何病情变化, 请及时向医护人员报告; 对诊疗如有异议, 请与主管医师、科主任或护士长咨询。
2. 入院以后不能离院, 若擅自离院, 发生一切不良后果由患者承担责任。
3. 不再单独征求你同意进行的医疗内容:
 - a. 收集你的疾病情况和身体检查。
 - b. 根据诊疗规范进行常规辅助检查。
 - c. 治疗需要使用的普通药物, 药物可能出现不良反应。
 - d. 普通侵入性操作与治疗: 如动/静脉穿刺、静脉留置针置入、静脉药物输入、肌肉/皮下注射、导尿、吸痰、安置胃管等, 这些操作可能出现操作失败需要再次操作, 并可能产生局部或深部感染、出血、血管及神经损伤、相邻组织损伤等并发症。出血性疾病患者动静脉穿刺渗液、采血后, 可能加重局部出血、形成血肿, 继发感染, 甚至发生失血性休克等并发症。
4. 需要你同意并签署知情同意书的医疗项目:
各种手术、麻醉和中深度镇静、血液和血液制品的使用、特殊药品的使用及其它有较高风险的诊疗项目。
5. 我院产科为母婴同室, 除新生儿沐浴及特殊治疗外, 其余时间均由家属及产妇监护自己的新生儿。
6. 我院为教学医院, 在医疗过程中有进修、实习医务人员参与医疗活动(接触观察患者、询问病史、查体、查阅患者资料、分析讨论病例、书写病历及病程记录、填写各类检查及处置单、医嘱和处方、实施诊疗操作、参与手术等), 希望得到您的理解、支持与配合。
7. 我院医务人员、负责病案管理、医疗管理的部门或者人员因科研、教学、质量管理等需要可随时查阅、借阅病历。

我和我的亲属已知晓上述全部内容, 我们表示理解并接受, 并承担相应的风险和后果, 在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案, 并保证承担全部所需费用。

签字

住院病人知情同意书

姓名: 科室: 锦江小儿心血管科 登记号: 08652967 病案号:

我已知曉上述全部內容。

患者(监护人)签名

签名日期 2019 年 11 月 7 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名

与患者关系

簽名日期 年 月 日

医务人员签名:

签名日期 2008年11月7日