



# 首都医科大学附属北京友谊医院



## 激素治疗知情同意书

姓 名		性 别	女	年 龄	30岁
科 别	感染内科	床 号	07-1	住院号	
临床诊断	发热待查，脓毒性休克				
拟行治疗名称：激素治疗					
<p>一、因病人个体差异及某些不可预测的因素，在激素治疗时可能出现下列并发症风险：</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1、重症肌无力病情加重，严重可引起呼吸困难；</li><li>2、血糖、血压升高；</li><li>3、水电解质平衡紊乱；</li><li>4、肌无力，骨质疏松，病理性骨折、股骨头坏死；</li><li>5、胃肠道症状：严重时可引起消化性溃疡并出血；</li><li>6、皮肤伤口愈合差，皮肤薄脆，局部皮肤萎缩；</li><li>7、肥胖、血脂代谢紊乱；</li><li>6、内分泌失调；</li><li>7、精神异常；</li><li>8、免疫抑制，继发感染；</li><li>9、过敏反应；</li><li>10、因个体差异其他不可预知的不良反应。</li></ol>					
<p>二、除上述情况外，本例应用上述药物再次强调激素治疗不能 100%对病情有效；患者有高血压、糖尿病、高血脂，可能引起血压、血糖、血脂异常升高；激素使用过程中有可能加重肌无力病情，严重时引起肌无力危象。</p>					
<p>三、出现上述并发症的对策：</p> <p>此项检查的执行医生应按操作规则认真准备，仔细观察和规范操作，最大限度地避免所述并发症的发生。我们一定以高度的责任心，尽力做好我们的工作。</p> <p>如果上述并发症出现后，我们会立即采取相应措施，对危及生命的并发症，我们可能来不及征求被委托人意见，需要紧急输血、深静脉置管、心外按压、气管插管、心内注射、电除颤等抢救生命的紧急措施，希望得到家属的同意理解。</p>					
<p>四、患者和家属应履行交费手续。</p>					
<p>五、我已认真阅读本知情同意书，对上述可能出现的并发症有了全面了解，我同意接受该治疗方案。</p>					
患者签字：		或 被委托人签字：			
医生签字：		被委托人与患者的关系：			
		签字日期 2016年08月23日			



首都医科大学附属北京友谊医院  
骨髓穿刺/骨髓活检知情同意书



第1页

病案号

姓名: 性别: 女 年龄: 30岁 床号: 07-1 科室: 感染内科

临床目前主要诊断: 发热待查

过敏史:

检查/治疗项目: 骨髓穿刺

一、检查/治疗目的: 了解骨髓造血功能和病理变化, 诊断或除外血液系统疾病。

二、检查/治疗的适应症:

- ☐ 协助诊断血液病: 各种不明原因贫血、血小板减少的其他血象异常等;
- ☐ 协助诊断部分恶性肿瘤;
- ☐ 寄生虫病检查;
- ☐ 骨髓液细菌培养;
- ☐ 不明原因的发热;
- ☐ 各种白血病诊断;
- ☐ 其它:

三、本项操作经多年的临床实践及广泛应用, 已证实有较高的安全性, 只要和医生配合, 一般均能顺利完成, 但因病人健康状况、个体差异及某些不可预测的因素, 在接受检查/治疗时可能出现下列情况:

1、穿刺部位出血、感染、疼痛、伤口难以愈合; 2、对各种刺激出现休克; 3、穿刺失败, 需多次穿刺; 4、其它:

以上所述是在正确操作过程中可能出现的意外并发症, 如实介绍和了解此项内容, 是医生和患者及委托人/家属的共同责任。

四、出现上述各种并发症的治疗对策:

此项检查/治疗的执行医师应按医疗操作规则认真准备, 仔细观察和操作, 最大限度地避免所述并发症的发生。

上述并发症出现后, 我们会立即采取相应措施, 对危及生命的并发症处理的同时向家属紧急征求意见, 来不及征求家属意见时, 将先予紧急实行输血、深静脉置管、心肺复苏、电除颤等抢救生命的措施, 希望得到家属的理解、同意。

医师签字:

签字日期: 2016年08月16日

五、家属/监护人/委托人意见:

我对知情同意书中内容有了全面了解, 并完全理解上述提及的可能发生的并发症及风险性, 对于我的问题, 医师已给予我充分的解释, 并望医师及相关人员恪尽职守, 尽诊疗之责任, 执行好此操作。

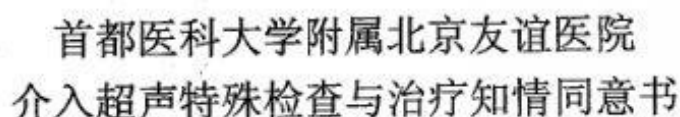
我 为 实施该项检查/治疗, 若在执行检查/治疗期间发生  
(同意) (患者姓名) 意外紧急情况, 同意接受贵院的必要处理。

我 为 实施该项检查/治疗, 并自愿承担相应后果。  
(不同意) (患者姓名)

签字: 与患者的关系:

签字日期: 2016年08月16日






尊敬的患者:

您好！

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较一般检查与治疗难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中与治疗中以及检查治疗后都有可能出现的并发症等）、替代诊治方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名：[REDACTED] 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 年龄： <u>20</u> 岁
	科 室： <u>超声</u> 病房或病区： <input type="checkbox"/> 门诊 <input checked="" type="checkbox"/> 病房 登记号/病案号： <u>[REDACTED]</u>
医师说明	<b>【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度）</b> <input type="checkbox"/> 甲状腺结节 <input type="checkbox"/> 乳腺结节 <input type="checkbox"/> 胸、腹水 <input checked="" type="checkbox"/> 淋巴结异常 <input type="checkbox"/> 血管瘤 <input type="checkbox"/> 因病情需要中心静脉置管 <input type="checkbox"/> 肝、肾、卵巢囊肿 <input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 其他疾病 _____
	<b>【过敏史】</b> <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，过敏药物： <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">一周内未使用抗凝药物</div>
	<b>【建议拟行检查与治疗名称】</b> 超声引导下 <input checked="" type="checkbox"/> 穿刺活检 <input type="checkbox"/> 静脉置管 <input checked="" type="checkbox"/> 经皮引流 <input type="checkbox"/> 微波消融 <input type="checkbox"/> 射频消融 <input type="checkbox"/> 乳腺旋切 <input type="checkbox"/> 硬化治疗 <input type="checkbox"/> 药物注射 <input type="checkbox"/> 造影检查 <input type="checkbox"/> 穿刺定位 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	<b>【麻醉方式及风险】</b> 麻醉方式：0.5%利多卡因局部麻醉；风险：局麻药过敏
	<b>【拟行特殊检查与治疗禁忌症】</b> 1：凝血功能障碍；2：近期服用抗凝药物 3：严重心肺、肝肾功能不全患者；4：其他无法配合检查等特殊情况
	<b>【检查与治疗后可能出现的并发症等】</b> 1、出血及血肿 2、穿刺取材、治疗效果不满意，需再次检查或治疗 3、合并感染 4、过敏反应 5、虚脱、出血及休克 6、疼痛（神经或药物刺激等原因） 7、气胸咯血 8、腹膜炎、胆汁漏 9、头颈等部位神经损伤（发音、感觉障碍） 10、心脑血管意外 11、静脉置管后血栓形成 12、引流管拔出后渗血或渗液 其他：某些难以预料的并发症等，如 _____
<b>【检查与治疗后主要注意事项】</b> 检查或治疗后及时按压穿刺部位半小时以上；保持穿刺部位干燥、清洁，避免感染；避免剧烈活动，防止发生出血；如果发生出血、窒息等意外情况，住院患者请及时联系主管医生，门诊患者请及时到医院就诊。	



	<p>由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除初次穿刺取材、治疗效果不满意，需再次检查或治疗的可能，不排除检查与治疗风险及医疗意外风险等因素，存在检查与治疗前和检查与治疗后可预见的特殊情况，恳请理解。</p>	
<p>患者知情同意内容</p>	<p>患者 / 患者近亲属 / 法定监护人确认：</p> <p>医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症向我进行了充分说明。我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。</p> <p>医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方式，也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查与治疗及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。</p> <p>我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：</p> <p>我 (<input checked="" type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意) 接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。</p> <p>并授权医师：在检查与治疗中或检查与治疗后可发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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检查与治疗方案实施必要的抢救。</p> <p>患者签名：  患者联系电话： _____</p> <p>身份证号码： _____</p> <p>患者近亲属 / 法定监护人签名： _____ 与患者关系： _____ 联系电话： _____</p> <p>患者近亲属 / 法定监护人身份证号码： _____</p> <p>签名时间： 2016 年 8 月 16 日 时 分 签名地点： 超声科</p>	
<p>备注</p>	<p>我已向患者 / 患者近亲属 / 法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者 / 患者近亲属 / 法定监护人已知并充分理解了上述信息。</p> <p>医师签名： <u>张庆</u></p> <p>签名时间： 2016 年 8 月 16 日 分 地点： 超声科</p>	

一式两联 (上页医院留存，下页患者留存)