

姓名 [REDACTED] 病区(科) 神经外科第一病区 床号 23 ID号 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

开颅颅内肿瘤切除术知情同意书

姓名	[REDACTED]	性别	男	年龄	[REDACTED]	单位	[REDACTED]
术前诊断		右侧颞部巨大占位：脑膜瘤					

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我的 颅内 患有肿瘤，需要在 全身 麻醉下进行 开颅右侧颞部巨大肿瘤切除 手术。

颅内肿瘤是神经外科最常见的疾病之一，分为原发和继发两大类。原发性颅内肿瘤可发生于脑组织、脑膜、颅神经、垂体、血管及胚胎残留组织等。继发性肿瘤指身体其他部位的恶性肿瘤转移或侵入颅内形成的转移瘤。肿瘤病因尚不明确，目前认为，诱发肿瘤发生的因素有：遗传因素、物理因素、化学因素和致瘤病毒。颅内肿瘤常引起颅内压增高及对周围脑组织造成压迫或破坏而出现神经系统定位症状。

如果不治疗，随着肿瘤的逐渐长大，可引起颅内压进行性增高，当肿瘤囊性变或瘤内出血时，可表现为急性颅内压增高，严重者或肿瘤晚期者常有脑疝形成。这常是导致病人死亡的直接原因。

颅内肿瘤的治疗方法很多，手术在当今仍然是颅内肿瘤最常采用也是最为有效的治疗方法。手术目的是缓解颅内高压，减轻对周围脑组织的压迫进而改善症状，明确病理诊断，为进一步治疗提供基础。

具体的手术技巧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

手术相关风险已知晓 同意手术

夫妻
兄弟
姐妹

姓名


病区(科) 肝胆内科

床号

门号

住院号

同意实施输血、血制品治疗志愿书

姓名		性别	男	年龄	42岁	床号	8	部职别	
诊断	慢性胆囊炎					血型	A+	拟输血量	根据病情
输血时间	2019.1.9 -			临床输血理由		肝功能异常			
输血可能出现的 问题	1、发热反应； 2、过敏反应； 3、溶血反应； 4、出血倾向； 5、输血后循环负荷过量； 6、细菌污染的输血反应； 7、由于试剂本身失控误差所致； 8、输血后疾病传播（如：乙、丙肝、爱滋病等）。								
医疗声明	医务人员将严格执行国家制定的采输血管理规定进行输血，但鉴于目前医学科学技术的局限，尚难杜绝输血后反应或传染病的发生。一旦出现上述问题，院方当然会尽力救治，但是造成的后果和经济损失均由患者自负，请患者或家属或关系人明确意见。								
患方意见	经医生告知，根据病情需要，我需接受输血（成分血）治疗。我已理解所输注的全血（成分血）或血制品，虽已经供血机构严格的质量检验合格，但由于目前医学科学技术的局限，仍可能发生以上情况。由于病情需要，我愿意接受输血（成分血）治疗，签字为证。								
患者签名		家属签名				患者家属 与患者关系		夫妻	
患者关系 人签名				关系人与 患者关系					
谈话医生	李海航		主治医师		李海航		上级医师		李海航
备注									

日期：2019-11-9

姓名

病区(科) 肝胆内科 床号

ID号

住院号

人工肝支持治疗同意书

姓名		性别	男	年龄	42	单位	
目前诊断	慢加急性肝功能衰竭						
治疗适应症和禁忌症	无绝对禁忌。						
拟行治疗	血浆置换						
治疗前准备	纠正贫血、水电紊乱，改善凝血机制。						
治疗中及治疗后可能出现的并发症和医疗意外	1、出血：插管处、消化道、皮肤粘膜及颅内出血； 2、凝血：灌流器及留置管凝血； 3、低血压、心衰及心律失常等可能； 4、继发感染：治疗管道、血源性感染； 5、过敏反应：新鲜冰冻血浆、血浆代用品及鱼精蛋白； 6、难以预料的意外。						
预防措施	精细操作，治疗中及治疗后严密监护，及时处理病情变化。						
医疗声明及患方意见	<p>医生将严格按照医疗工作制度及操作常规进行治疗。但以上情况有时难以避免，轻者给患者带来痛苦和经济负担，重者可导致病人死亡。当然医院会尽力救治，但经抢救后即使出现死亡，院方仍将按规定收取医疗费用。若患者或家属同意治疗签字后，一旦出现上述情况后果自负，患者或家属不得以任何经济或责任等理由与院方纠缠。如不同意治疗，医院决不勉强。</p> <p>有关治疗中和治疗后可能发生的并发症及医疗意外，医生已向我们详细阐明，家属或患者完全理解，由于病情需要，经慎重考虑，同意治疗，签字生效。</p>						
患者签名		家属签名		与患者关系	夫妻		
谈话医师	李海	主治医师	李海	科主任	李海		

日期：2019年 11月 9日

授权委托书

患者姓名 [REDACTED] 性别 男 年龄 [REDACTED] 科别 神经外科第一病区 床号 [REDACTED] 病案号 [REDACTED]

委托人（患者本人）： [REDACTED] 性别 男 年龄 [REDACTED]
有效证件号码： [REDACTED] 住址： [REDACTED]

受托人： [REDACTED] 性别 女 年龄 38 联系电话： [REDACTED]
有效证件号码： [REDACTED] 住址： [REDACTED]

与患者关系： ☒ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属 ☐ 同事 ☐ 朋友

本人于 2019 年 10 月 29 日因病住入南京军区福州总医院。本人在住院期间，有关病情的告知以及诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重委托由 [REDACTED] 作为我的代理人，代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字手续，全权代表本人签字，被委托人的签字视同本人的签字。

受委托人签署同意书后所产生的后果，由患者本人承担。

患者签字： [REDACTED] (手印) 签字时间： 2019 年 10 月 29 日 17 时 15 分

受托人签字： [REDACTED] (手印) 签字时间： 2019 年 10 月 29 日 17 时 15 分

医生签名： [REDACTED]

签字地点： 医生办公室 签字时间： 2019 年 10 月 29 日 17 时 15 分

