

医患沟通知情同意书

姓名

[REDACTED]

性别 女

年龄 61 岁

住院号

[REDACTED]

病案号

2017-01-09 15:31

患者血氧饱和度逐渐恢复至 85%左右，意识逐渐恢复，精神弱，反应差，PE：
心率 120 次/分左右，BP 120/80mmHg，双肺可及湿鸣音，腹软，上腹部可及压痛，
无反跳痛肌紧张，肠鸣音可及。总血红蛋白 tHb 6.6 g/dL 氧分压 P02 54.705
mmHg 患者病情危重，原因不明，贫血，血氧饱和度低，重症科会诊建议行头、
胸、腹 CT 检查进一步明确诊断，转运过程中随时可能有生命危险，充分告知。

[REDACTED]

[REDACTED]

特殊检查（治疗）知情同意书

姓名：[REDACTED] 性别 女 年龄 61岁 科别 重症监护病房 床号 03床 病案号 [REDACTED]

特殊检查（治疗）名称：中心静脉置管

根据患者目前的病情，需进行中心静脉置管检查（治疗）。经治医师已针对患者病情，向患者说明该检查（治疗）的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。经治医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交代，若发生所述情况，医务人员将按医疗原则予以抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗），请书面表明意愿并签字。

特殊检查（治疗）可能出现的并发症及不良后果列举如下：包括但不限于以下并发症：1、麻药过敏 2、局部疼痛、出血、感染。3、损伤周围组织，穿刺到动脉，穿刺到肺部，气胸。4、导管打折、断裂、阻塞、脱出 5、导管相关性感染。6、反复、多部位穿刺：穿刺不成功。7、血栓形成 8、患者不能耐受，操作被迫中止

经治医师签名：[REDACTED]

2017 年 1 月 9 日

本人系患者（或患者近亲属），患者因患_____疾病，需行上述检查（治疗）。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受此检查（治疗），并授权医师对检查（治疗）中切除标本或组织进行合理的医学处理，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

签署意见：

同意

患者签名：[REDACTED]

患者近亲属 [REDACTED]

（注明与患者关系）

日期： 年 月 日 时 分