

首都医科大学附属北京友谊医院

放射介入科诊疗知情同意书

科别	肿瘤	床号	61	姓名	████████	性别	女	年龄	38	住院	████████
术前 诊断	加做										
检查/治疗项目名称 1. 全脑血管造影术 2. 大血管（升主动脉，胸腹主动脉）及四肢血管造影术 3. 支气管动脉造影术，化疗及栓塞术 4. 肝动脉造影术，化疗及栓塞术 5. 脾动脉造影及栓塞术 6. 经皮肝胃左静脉栓塞术 7. 经皮肝内，外胆道引流或/和支架置入术 8. 经皮肝门腔静脉分流术（TIPSS）9. 肾动脉造影术，栓塞及肾动脉狭窄球囊扩张，支架置入术 10. 子宫动脉造影术，子宫肌瘤动脉栓塞术 11. 腹腔，盆腔及四肢良，恶性肿瘤血管造影术，化疗，栓塞术 12. 食道狭窄球囊扩张术或支架置入术 13. 支气管狭窄球囊扩张及支架置入术 14. 头颈部及四肢血管狭窄球囊扩张，支架置入术 15. 下腔静脉滤网置放术 16. 其它											
一、因病人个体差异及某些不可预测的因素，在接受手术时可能出现下列并发症及风险： 1. 过敏反应（包括造影剂及麻醉剂）2. 严重恶性心律失常 3. 感染（包括局部及全身）4. 急性肺栓塞 5. 血管损伤，出血（包括动脉或静脉大出血）及局部血肿 6. 血栓栓塞（动，静脉系统），7. 支架术后再次狭窄 8. 手术不成功 9. 肝，肾功能受损 10. 心，肺功能意外 11. 相邻脏器栓塞 12. 其他											
二、除上述情况外，本例检查/治疗根据该患者的特点再次强调： 肝肾功能衰竭，血栓栓塞，恶性心律失常，局部血肿，血管损伤											
三、出现上述各项并发症的治疗对策： 此项检查/治疗的执行医生应按医疗操作规则认真准备，仔细观察和操作，最大限度地避免上述并发症的发生。我们一定以高度的责任心，尽力做好我们的工作。 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的意见，需要紧急输血，深静脉置管，心外按压，心内注射，电除颤，气管插管，人工机械通气等抢救生命的紧急措施，希望得到家属的同意，理解。											
四、患者和家属应履行交费手续。											
五、我已认真阅读了本知情同意书，对该项检查/治疗可能出现的意外和并发症有了全面的了解，我同意接受检查/治疗。期间发生意外紧急情况，同意接受贵科的必要处理。											
患者签字：____或 被委托 委托人与患者的关系：丈夫											
医师签字：张敬/韩进永											
签字日期：2017年10月30日											

首都医科大学附属北京友谊医院(本部)

手术说明知情同意书

尊敬的患者:

您好!

根据您的病情,您有此手术的适应症,建议您采取手术治疗,特向您详细介绍和说明:病情简介、术前诊断、手术名称、手术目的、手术风险(包括术中或术后可能出现的并发症等)和需要采取的相应措施以及替代医疗方案等,以便您理解相关手术情况,帮助您做出选择。鉴于医学手术风险较高,发生意外事件不能完全避免,建议您术前购买手术意外保险,分担手术风险)

一 般 情 况	患者姓名: <u> </u> 性 别: <u>女</u> 年 龄: <u>38岁</u>
	科 室: <u>耳鼻喉科</u> 病房或病区: <u>耳鼻喉病房</u> 病案号: <u> </u> 身份证号码: <u> </u> 登记号: <u> </u>
医 师	【病情简介】(主要症状、体征、疾病严重程度) 右耳鸣2年
	【过敏史】青霉素过敏史
	【术前诊断】血管性耳鸣
	【替代医疗方案】(目前的主要不同治疗方案及手术方式介绍) 保守治疗
	【拟行手术适应症】血管性耳鸣,乙状窦骨壁缺损,导静脉
	【建议拟行手术名称】右乙状窦骨壁缺损修补术
	【手术目的】修补骨壁缺损,封闭导静脉
	【手术部位】右耳
	【麻醉方式及风险】全麻
	主治医师签名: <u> </u> 患者/患者近亲属/法定监护人/委托人签名: <u> </u> 时间: 2019年11月04日 地点: 耳鼻喉科
【患者自身存在危险因素】暂无	
【拟行手术禁忌症】暂无	
【手术风险,包括术中或术后可能出现的并发症等】	
一、麻醉意外;	
二、心脑血管意外;	
三、手术目的为还纳乙状窦憩室,修补乙状窦缺损骨壁,但术后仍存在耳鸣可能性;	
四、颅骨天盖破坏;损伤脑膜致脑膜炎;	
五、面神经损伤,术后周围性面瘫;	
六、术后仍存在耳鸣,或原耳鸣加重;	
七、术中出血;	
八、术中空气栓塞;	
九、术后感染;	
十、术后眩晕;	
十一、术后双耳突发性耳聋可能;	

首都医科大学附属北京友谊医院(本部)

手术说明知情同意书

说明	<p>十二、 术后需要一段时间换药方能完全康复;</p> <p>十三、 术后抵抗力下降, 引发原发病加重;</p> <p>十四、 其他难以预料的意外发</p> <p>【术后主要注意事项】生命体征</p> <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, 不排除手术风险及医疗意外风险等因素, 存在术前和术后不可预见的特殊情况, 恳请理解。</p> <p>【拒绝手术可能发生的后果】耳鸣加重</p> <p>我已向患者/患者近亲属/法定监护人/委托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/委托人已知并充分理解了上述信息。</p> <p>经治医师签名: <u> </u> 签名时间 <u>2019</u> 年 <u>11</u> 月 <u>1</u> 日 时 <u> </u> 分 签名地点: 耳鼻喉科</p> <p>术者签名确认: <u> </u></p>
患者知情同意内容	<p>患者/患者近亲属/法定监护人/委托人确认:</p> <p>医师详细向我解释过患者的病情及所接受的手术方案, 并已就医疗风险和并发症 <u> </u> (请患者本人/委托人书写第几条到第几条全部内容) 向我进行了充分说明。我理解手术可能出现的风险、效果及预后等情况, 并知道手术是创伤性治疗手段, 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, 术前、术中、术后可能发生 <u>不可预见</u> 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 <u>功能障碍等严重不良后果</u>。</p> <p>医师已向我解释过其他替代治疗方式及其风险, 我知道我有权选择其他治疗方案或手术方式, 也可以拒绝或放弃此项手术, 也知道由此带来的 <u>不良后果</u> 风险, 我已就患者的病情、手术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>(请患者/患者近亲属/法定监护人/委托人在横线上注明“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: ”字样)</p> <p><u>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:</u></p> <p>我 <u>同意</u> (填写“同意”) 接受医师建议的手术方案并愿意承担上述手术风险。</p> <p>并授权医师: 在术中或术后发生紧急情况下, 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 <u>最适宜</u> 的手术方案实施必要的抢救。</p> <p>患者签名: <u> </u></p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人签名: <u> </u> 与患者关系: <u> </u> 联系电话: <u> </u></p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码: <u> </u></p> <p>签名时间 <u>2019</u> 年 <u>11</u> 月 <u>1</u> 日 时 <u> </u> 分 签名地点: 耳鼻喉科</p> <p>我 <u> </u> (填写“不同意”) 接受医师建议的手术方案, 并且愿意承担因拒绝施行手术导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。</p> <p>患者签名: <u> </u></p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人签名: <u> </u> 与患者关系: <u> </u> 联系电话: <u> </u></p> <p>患者近亲属/法定监护人/委托人身份证号码: <u> </u></p> <p>签名时间: <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日 时 <u> </u> 分 签名地点: <u> </u></p> <p>患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由: <u> </u></p>

首都医科大学附属北京友谊医院
医疗保险特种检查、治疗协议书

(自费项目协议书)

姓名	性别	年龄	科别	介入科	住院号	
单位					所属区县	
诊断	加药					
项目		市医保报销规定			自负比例	同意使用签字
() CT		() 磁共振			协助诊断, 大于 200 元检查费	8% 自负
彩色多普勒		协助诊断, 大于 200 元检查费			8% 自负	
单光子发射计算机显像、扫描、核素检查		协助诊断, 大于 200 元检查费			8% 自负	
腹腔动脉化疗、栓塞术		大于 200 元治疗费			8% 自负	
		术中应用一次性材料大于 500 元			50% 自负	
锁骨下动脉造影	锁骨下动脉化疗	大于 200 元治疗费			8% 自负	
		术中应用一次性材料大于 500 元			50% 自负	
全脑动脉造影	颈动脉造影	大于 200 元治疗费			8% 自负	
		术中应用一次性材料大于 500 元			50% 自负	
髓内动脉造影	髓外动脉造影	大于 200 元治疗费			8% 自负	
		术中应用一次性材料大于 500 元			50% 自负	
椎动脉造影	大动脉造影	大于 200 元治疗费			8% 自负	
		术中应用一次性材料大于 500 元			50% 自负	
腹腔动脉造影	上、下腔静脉造影	大于 200 元治疗费			8% 自负	
		术中应用一次性材料大于 500 元			50% 自负	
肝动脉造影、化疗、栓塞		大于 200 元治疗费			8% 自负	
		术中应用一次性材料大于 500 元			50% 自负	
肾动脉化疗、栓塞		大于 200 元治疗费			8% 自负	
		术中应用一次性材料大于 500 元			50% 自负	
支气管动脉化疗、栓塞		大于 200 元治疗费			8% 自负	
		术中应用一次性材料大于 500 元			50% 自负	
重症监护病房床位费		入住 14 天以上			全额自负	
生活材料费		一次性尿垫、中单、看护垫等			全额自负	
一次性化学冰袋		每日只报销 1 个, 多用部分			全额自负	
一次性尿袋、一次性备皮刀		非医保报销一次性材料			全额自负	
特级护理费、院内会诊费		非医保报销项目			全额自负	
左前降支+右前降支+左回旋支		耗材			部分自负	
十能肝素+肝素						
		Cordis. Cordis ExoSeal™ REF EX500 5F LOT 17863997				
		 				

如果同意使用, 医生根据需要选择应用以上 (全部或所选部分) 的项目, 自负和部分自负的医用耗材, 其自负部分的费用由患者或家属签字: 2014年10月30日 医师: 2014年10月30日

注: 此表存放在病历中备查