

# 遵义医学院附属医院知情文件

## 洗胃知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: [REDACTED]

年龄: 55岁

科室: 外科急诊

根据病情, 您需要进行洗胃术:

洗胃术是将胃管由口腔或鼻腔插入胃内, 将溶液灌入胃腔反复冲洗的方法。其目的主要为: (1) 清除胃肠道尚未吸收的毒物; (2) 减轻胃黏膜水肿; (3) 胃肠清洗。洗胃是解除或减轻病人中毒的极为重要的处理措施。尽管洗胃术是一项比较成熟的操作技术, 但它有一定的并发症发生率, 特别是在患者病情危重及不配合的紧急情况下, 更容易出现以下风险及并发症:

- (1) 机械损伤: 下胃管时导致口腔、鼻腔粘膜、舌的损伤, 出血, 牙齿松动, 甚至脱落等;
- (2) 心跳呼吸骤停等;
- (3) 胃穿孔, 危及生命等;
- (4) 误吸引起窒息, 肺部感染等;
- (5) 不良心血管反应: 高血压、心律失常等;
- (6) 不配合或躁动的病人坠床;
- (7) 病人不配合造成下胃管失败;
- (8) 洗胃过程中出现消化道出血、误吸、心跳呼吸停止等需终止洗胃导致洗胃不彻底, 达不到洗胃效果;
- (9) 需反复多次洗胃, 风险同前, 不再分别告知;
- (10) 其他目前无法预测的风险及并发症。

医务人员将严格遵守操作规程, 但不能完全避免上述风险及并发症的出现及还有可能出现一些少见的、不可预知的并发症及意外情况。一旦发生, 医务人员将尽力进行抢救。将上述风险及并发症向病人家属或监护人交待, 家属或监护人充分理解洗胃的目的、必要性及风险所在, 愿意作该项操作请签字为证。

同意洗胃并签字如下:

病人签名: \_\_\_\_\_

家属或监护人签名: [REDACTED]

### 特别提示:

经过充分了解洗胃相关情况, 自愿决定放弃洗胃治疗, 并且愿意承担因不施行洗胃而面临的健康风险。

不同意洗胃并签字如下:

病人签名: \_\_\_\_\_

家属或监护人签名: \_\_\_\_\_

医生签名: 华伟

2018年 08月 21日



扫描全能王 创建

# 遵义医学院附属医院知情文件

## 气管插管与有创机械通气治疗知情同意书

患者姓名:



性别:

男

年龄:

科别:

初步诊断:

急性呼吸窘迫综合征

根据患者的病情,现急需进行气管插管和有创机械通气(呼吸机)治疗,该项治疗需承担的费用较高,且为有创伤性操作,具有一定风险,少数患者在该操作中和其后可能出现如下情况:

1. 气管插管中发生呼吸心跳骤停、呕吐误吸致窒息;
2. 气管套管并发症:插管困难、位置错误、口鼻咽喉部损伤、插入主支气管、气管狭窄、气管食管瘘、出血、粘液栓堵塞、人工气道堵塞脱落致窒息等;
3. 肺气压伤:气胸、肺间质气肿、纵隔气肿、心包积气、气腹、空气栓塞等;
4. 循环功能障碍:心肌缺血、心律失常、心输出量减少、血压下降、休克等;
5. 继发支气管-肺感染;
6. 通气不足、通气过度;
7. 呕吐误吸、水肿、腹胀、黄疸、胃肠道出血、氧中毒等;
8. 机械故障;
9. 该治疗术前和术中用药发生药物过敏反应;
10. 目前尚未预知的风险;
11. 不能绝对保证该治疗达到预期效果。

主治医师或获授权医务人员签名:

日期:

2018年08月21日

病历复印专用章

☐ 同意:我已详细阅读以上内容,对医务人员的告知表示完全理解,经慎重考虑,我同意接受呼吸机治疗,愿意承担以上风险,并授权医生在操作中出现紧急情况时实施救治措施,我愿意承担救治相应医疗费用。我明白在操作开始之前,我可以随时签署《拒绝医疗同意书》,以取消本同意书的决定。

患者/委托代理人/法定监护人签名:

日期:

2018年08月21日 时 分

☐ 不同意:我已详细阅读以上内容,医务人员已向我说明呼吸机治疗的重要性和必要性,经慎重考虑,我不同意进行该治疗,愿意承担由此引起的一切不良后果。

患者/委托代理人/法定监护人签名:

日期:

年 月 日 时 分



扫描全能王 创建



# 遵义医学院附属医院血液净化治疗知情同意书

姓名	性别	年龄	科别	床号	住院号

临床诊断：

血液净化方式：血液透析(滤过) 血浆置换 连续肾脏替代治疗  
血液灌流 免疫吸附 血脂吸附 其他

血液净化治疗时需将患者血液引出体外，通过特殊的装置进行透析或滤过或吸附，清除水分、毒素和致病性物质，处理后的血液再回送到患者体内。为了有效引出血液，治疗前需建立血管通路（内瘘或深静脉插管），为了防止血液在体外发生凝固，通常于治疗前和治疗过程中需要注射肝素等抗凝药物。

血液净化治疗期间存在下列医疗风险，可能造成严重后果，甚至危及生命：

1. 低血压，高血压，心力衰竭，心律失常，心肌梗塞，脑血管意外等。
2. 出血、溶血、凝血等。
3. 过敏反应、空气栓塞。
4. 首次使用综合征、透析失衡综合征和电解质酸碱平衡紊乱等。
5. 发热、感染等。
6. 恶心、呕吐和肝功能异常等。
7. 头痛、痉挛、抽搐，甚至意识障碍等。
8. 病毒性肝炎等传染病。
9. 其他。如透析器/滤器凝血或破膜漏血而不得不更换；穿刺、插管或造瘘部位出血、血肿、血栓、动脉瘤、肿胀手或窃血综合征等；穿刺后血流量不足，透析效果不佳，须再次穿刺；因停电、停水或其种原因所致设备故障而致使治疗中止等。

上述事件通常较少发生，若一旦发生，我科将积极处理，希望病人、家属及单位领导能谅解支持，并及时付清医疗费用。

此次签字后，在本院行同类操作治疗将不再另行告知签字。

负责谈话医师签字：

病历复印专用章

2018年8月21日

医生已充分告知血液净化治疗可能发生上述诸多事件，以及血液净化治疗相关的规定，本人及家属完全接受医疗风险的告知，遵守血液净化治疗相关制度、规定，并要求接受血液净化治疗，配合医护人员，定期监测相关指标，签字为凭。

患者本人签字：

患者家属或单位负责人签字

与患者关系

2018年08月21日

患者家属及单位代表通讯处 地址：

电话：

邮编

备注：此件一式三份，分存患者病历、血透室和患者保存。



扫描全能王 创建



# 遵义医学院附院介入手术知情同意书 (非血管类)

姓名                      性别 男 年龄 33岁 科室                       
术前诊断 腹主动脉瘤，拟于 2018 年 09 月 19 日在 介入室 麻醉下行 CT引导下穿刺抽吸术，手术目的是 抽吸引流  
现将相关情况告知于您，它包括但不限于如下方面

## 一、术中、术后可能会发生的意外或并发症

- 1、药物过敏和毒副作用：可能出现肝肾功能损害，皮肤瘙痒、皮疹、喉头水肿、呼吸困难，休克，甚至危及生命；手术需在 X 线下操作，X 线可能对人体有放射损伤。
- 2、穿刺可能损伤皮肤、软组织、血管，发生出血、血肿或术区感染等；
- 3、非血管腔道球囊扩张成形可能出现管腔破裂、出血、痿等；
- 4、非血管腔道支架植入后，支架可能出现移位、堵塞、断裂，管腔再狭窄，支架可能压迫周围器官、组织，需要再次介入治疗或外科手术处理；
- 5、支架植入后难以通过介入手术取出；
- 6、穿刺造影、引流可能造成穿刺部位或邻近器官损伤出血、感染、痿等；引流管可能发生移位、脱落、堵塞、断裂；
- 7、营养管置入可能损伤口鼻腔及胃肠道、甚至穿孔，营养管可能发生移位、脱落、堵塞、断裂等；
- 8、穿刺活检可能造成穿刺脏器或邻近器官和组织损伤、出血、肿瘤种植、感染，也可能取不到兴趣组织，出现假阴性、或假阳性结果；
- 9、肺穿活检可能并发出血、气胸、血气胸、纵隔气肿、咯血、心脏大血管损伤、神经脊髓损伤等；
- 10、椎间盘切吸术可能会损伤血管、神经及相邻器官，术后椎间盘感染，致下肢感觉障碍、瘫痪等；
- 11、椎体成形术可能损伤血管、神经及相邻器官，椎体及附件骨折，骨水泥静脉逆流致肺栓塞，骨水泥压迫神经致疼痛加重，术后感染、下肢感觉障碍、瘫痪等；
- 12、子宫输卵管造影或再通术可能出现子宫输卵管破裂出血、术后感染、疼痛，输卵管疏通术后可能再阻塞；发生宫外孕等；
- 13、微波消融术可能出现出血、感染、疼痛及损伤血管、神经及相邻器官；
- 14、术中可能诱发其它系统疾病的发作，可能出现心、脑血管意外、病情加重、恶化，抢救无效死亡；
- 15、因病变复杂等情况可能无法完成介入操作或疗效不佳；
- 16、我院是教学医院，可能有实习医师作为助手参与手术。

二、需要特别强调的风险有：出血、感染、脏器穿孔、出血。

三、术中可能临时需要使用的特殊器材有：引流管。

四、除此手术方式外，我们还根据您的情况介绍了可以选择的其他方案，如：腹腔镜手术、腹腔镜手术等，但你或 / 和你的代理人经过认真比较后表示暂不选择。

我已详细阅读以上标注的各项内容，对您们的告知完全理解，我也明白术中有不可预知情况，可能需要其他附加操作或更变诊疗方案，我授权医师在遇到紧急情况时，为保障我的生命安全实施必要的救治措施，并保证愿意承担由此产生的全部费用，此外我也知道在手术开始之前，因为种种原因可以随时选择放弃该手术操作。


病人签名：\_\_\_\_\_ 法定代理人签名：\_\_\_\_\_

谈话医师签名：\_\_\_\_\_ 2018 年 09 月 19 日





# 遵义医学院附属医院介入科医用耗材使用登记表

进 入 体 内 耗 材	名称 数量	
	条 型 码 粘 贴 区	<div>REF ULT8.5-38-25-P-6S-CLM-RH</div>  <div>(01)00827002095014(17)210511(10)8877713</div> <div>REF G09501      LOT 8877713</div>
植 入 体 内 耗 材	名称 数量	
	条 型 码 粘 贴 区	

以上耗材使用的必要性、风险性及可能发生的并发症等情况，医生已充分告知我们，对于使用该一次性介入耗材的各种疑惑，我(们)已向医生进行了详细的询问，并得到了充分的说明，我(们)自愿选择使用上述一次性医用耗材。告知日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

告知医生签字：\_\_\_\_\_

患者 / 家属签字：\_\_\_\_\_



扫描全能王 创建



# 遵义医学院附院介入手术知情同意书 (非血管类)

姓名                      性别 男 年龄 33 科室                     

术前诊断 腹腔镜包裹性积液，拟于 2018 年 9 月 21 日在 局 麻醉下行

腹腔镜下腹腔镜包裹性积液切除术 术，手术目的是 引流腹腔积液

现将相关情况告知于您，它包括但不限于如下方面

## 一、术中、术后可能会发生的意外或并发症

- 1、药物过敏和毒副作用：可能出现肝肾功能损害，皮肤瘙痒、皮疹、喉头水肿、呼吸困难，休克，甚至危及生命；手术需在 X 线下操作，X 线可能对人体有放射损伤。
- 2、穿刺可能损伤皮肤、软组织、血管，发生出血、血肿或术区感染等；
- 3、非血管腔道球囊扩张成形可能出现管腔破裂、出血、瘘等；
- 4、非血管腔道支架植入后，支架可能出现移位、堵塞、断裂，管腔再狭窄，支架可能压迫周围器官、组织，需要再次介入治疗或外科手术处理；
- 5、支架植入后难以通过介入手术取出；
- 6、穿刺造影、引流可能造成穿刺部位或邻近器官损伤出血、感染、瘘等；引流管可能发生移位、脱落、堵塞、断裂；
- 7、营养管置入可能损伤口鼻腔及胃肠道、甚至穿孔，营养管可能发生移位、脱落、堵塞、断裂等；
- 8、穿刺活检可能造成穿刺脏器或邻近器官和组织损伤、出血、肿瘤种植、感染，也可能取不到兴趣组织，出现假阴性、或假阳性结果；
- 9、肺穿活检可能并发出血、气胸、血气胸、纵隔气肿、咯血、心脏大血管损伤、神经脊髓损伤等；
- 10、椎间盘切吸术可能会损伤血管、神经及相邻器官，术后椎间盘感染，致下肢感觉障碍、瘫痪等；
- 11、椎体成形术可能损伤血管、神经及相邻器官，椎体及附件骨折，骨水泥静脉逆流致肺栓塞，骨水泥压迫神经致疼痛加重，术后感染、下肢感觉障碍、瘫痪等；
- 12、子宫输卵管造影或再通术可能出现子宫输卵管破裂出血、术后感染、疼痛，输卵管疏通术后可能再阻塞；发生宫外孕等；
- 13、微波消融术可能出现出血、感染、疼痛及损伤血管、神经及相邻器官；
- 14、术中可能诱发其它系统疾病的发作，可能出现心、脑血管意外、病情加重、恶化，抢救无效死亡；
- 15、因病变复杂等情况可能无法完成介入操作或疗效不佳；
- 16、我院是教学医院，可能有实习医师作为助手参与手术。

二、需要特别强调的风险有：出血、感染

三、术中可能临时需要使用的特殊器材有：腹腔镜、引流管

四、除此手术方式外，我们还根据您的情况介绍了可以选择的其他方案，如：腹腔镜治疗、腹腔镜治疗等，但你或 / 和你的代理人经过认真比较后表示暂不选择。

我已详细阅读以上标注的各项内容，对你们的告知完全理解，我也明白术中有不可预知情况，可能需要其他附加操作或更变诊疗方案，我授权医师在遇到紧急情况时，为保障我的生命安全实施必要的救治措施，并保证愿意承担由此产生的全部费用，此外我也知道在手术开始之前，因为种种原因可以随时选择放弃该手术操作。

病人签名：                      法定代理人签名：                     

谈话医师签名：                     


2018年9月4日



扫描全能王 创建



# 遵义医学院附属医院介入科医用耗材使用登记表

进入体内耗材	名称 数量	REF ULT8.5-38-25-P-6S-CLM-RH  (01)00827002095014(17)210509(10)8872968 REF G09501      LOT 8872968	
	条 型 码 粘 贴 区		
植入体内耗材	名称 数量		
	条 型 码 粘 贴 区		

以上耗材使用的必要性、风险性及可能发生的并发症等情况，医生已充分告知我们，对于使用该一次性介入耗材的各种疑惑，我(们)已向医生进行了详细的询问，并得到了充分的说明，我(们)自愿选择使用上述一次性医用耗材。告知日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

告知医生签字：\_\_\_\_\_

患者 / 家属签字：\_\_\_\_\_



扫描全能王 创建



# 遵义医学院附院介入手术知情同意书 (非血管类)

姓名                      性别 男 年龄 35岁 科室                     

术前诊断 腔内介入治疗术，拟于 2018 年 9 月 25 日在 介入 麻醉下行 CT引导下经皮穿刺引流术+置管引流 术，手术目的是 引流脓腔积液

现将相关情况告知于您，它包括但不限于如下方面

一、术中、术后可能会发生的意外或并发症

- 1、药物过敏和毒副作用：可能出现肝肾功能损害，皮肤瘙痒、皮疹、喉头水肿、呼吸困难，休克，甚至危及生命；手术需在X线下操作，X线可能对人体有放射损伤。
- 2、穿刺可能损伤皮肤、软组织、血管，发生出血、血肿或术区感染等；
- 3、非血管腔道球囊扩张成形可能出现管腔破裂、出血、痿等；
- 4、非血管腔道支架植入后，支架可能出现移位、堵塞、断裂，管腔再狭窄，支架可能压迫周围器官、组织，需要再次介入治疗或外科手术处理；
- 5、支架植入后难以通过介入手术取出；
- 6、穿刺造影、引流可能造成穿刺部位或邻近器官损伤出血、感染、痿等；引流管可能发生移位、脱落、堵塞、断裂；
- 7、营养管置入可能损伤口腔及胃肠道、甚至穿孔，营养管可能发生移位、脱落、堵塞、断裂等；
- 8、穿刺活检可能造成穿刺脏器或邻近器官和组织损伤、出血、肿瘤种植、感染，也可能取不到兴趣组织，出现假阴性、或假阳性结果；
- 9、肺穿活检可能并发出血、气胸、血气胸、纵隔气肿、咯血、心脏大血管损伤、神经脊髓损伤等；
- 10、椎间盘切吸术可能会损伤血管、神经及相邻器官，术后椎间盘感染，致下肢感觉障碍、瘫痪等；
- 11、椎体成形术可能损伤血管、神经及相邻器官，椎体及附件骨折，骨水泥静脉逆流致肺栓塞，骨水泥压迫神经致疼痛加重，术后感染、下肢感觉障碍、瘫痪等；
- 12、子宫输卵管造影或再通术可能出现子宫输卵管破裂出血、术后感染、疼痛，输卵管疏通术后可能再阻塞；发生宫外孕等；
- 13、微波消融术可能出现出血、感染、疼痛及损伤血管、神经及相邻器官；
- 14、术中可能诱发其它系统疾病的发作，可能出现心、脑血管意外、病情加重、恶化，抢救无效死亡；
- 15、因病变复杂等情况可能无法完成介入操作或疗效不佳；
- 16、我院是教学医院，可能有实习医师作为助手参与手术。

二、需要特别强调的风险有：出血、感染、肠管损伤、脏器穿孔。

三、术中可能临时需要使用的特殊器材有：引流管。

四、除此手术方式外，我们还根据您的情况介绍了可以选择的其他方案，如：保守治疗、手术等，但你或 / 和你的代理人经过认真比较后表示暂不选择。

我已详细阅读以上标注的各项内容，对您的告知完全理解，我也明白术中有不可预知情况，可能需要其他附加操作或更变诊疗方案，我授权医师在遇到紧急情况时，为保障我的生命安全实施必要的救治措施，并保证愿意承担由此产生的全部费用，此外我也知道在手术开始之前，因为种种原因可以随时选择放弃该手术操作。

病人签名：                    

法定代理人签名：                    

谈话医师签名：                    


2018 年 9 月 25 日



扫描全能王 创建



# 遵义医学院附属医院介入科医用耗材使用登记表

进入体内耗材	名称 数量	
	条 型 码 粘 贴 区	
植入体内耗材	名称 数量	
	条 型 码 粘 贴 区	

以上耗材使用的必要性、风险性及可能发生的并发症等情况, 医生已充分告知我们, 对于使用该一次性介入耗材的各种疑惑, 我(们)已向医生进行了详细的询问, 并得到了充分的说明, 我(们)自愿选择使用上述一次性医用耗材。告知日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

告知医生签字: \_\_\_\_\_

患者 / 家属签字: \_\_\_\_\_



扫描全能王 创建



## 遵义医学院附属医院知情文件

### 腹腔 穿刺操作知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 33岁 科室: [REDACTED]

住院号: [REDACTED] 身份证号: [REDACTED]

初步诊断: 急性胆管炎致胆管中毒, 咯血, 腹膜炎自发性?

根据您的病情, 现需要进行 腹腔 穿刺, 该操作系有创性诊疗手段, 有一定风险, 少数病人在操作中和其后可能出现下列情况:

1. 麻醉药物过敏, 严重时危及生命;
2. 穿刺局部损伤、出血及感染;
3. 穿刺损邻近脏器、血管及神经, 严重时引起功能障碍, 甚至危及生命;
4. 不能保证本次穿刺达到预期效果, 可能需要再次穿刺;
5. 目前尚不能预见的穿刺意外。

以后根据您的病情, 可能需要进行多次穿刺, 风险同本次告知所述, 不再另行告知。

主治医师或获授权医务人员签名: 李瑞

日期: 2018年 9 月 9 日 时

☒ 同意: 我已详细阅读以上内容, 对医务人员的告知表示完全理解, 经慎重考虑, 我同意接受该穿刺操作, 愿意承担以上风险, 并授权医生在治疗中出现紧急情况时实施救治措施, 我愿意承担救治相应医疗费用。我明白在治疗开始之前, 我可以随时签署《拒绝医疗同意书》, 以取消本同意书的决定。

患者/委托代理人/法定监护人签名: [REDACTED]

日期: 2018年 9 月 9 日 时

☐ 不同意: 我已详细阅读以上内容, 医务人员已向我说明该穿刺操作的重要性和必要性, 经慎重考虑, 我不同意进行该穿刺操作, 愿意承担由此引起的一切不良后果。

患者/委托代理人/法定监护人签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 时

