

...试验(阴性)仍可能出现因患者自身原因出现的不可预知后果。  
本单位已向患者解释清楚并建议住院输液进行观察。患者仍坚  
持在我院治疗者如出现任何后果本单位不承担任何责任。  
上述情况医师已讲明,并对我提出的问题又作了详细的解释。如索  
取自备药品发服等。经慎重考虑,我对用自备药品可能出现的风险表示  
充分的理解。本人相信医护人员将竭尽全力救治,并积极配合医生治疗。  
按规定缴纳一切费用。由该药品引发的上述情况,本人放弃通过行政  
司法等途径来主张权利。本人要求并授权医院使用自备药品。

患者或家属签名: [REDACTED]  
2020年 10月

备注:为确保障用药安全,自备药品原则上不允许在本院使用,对本院没有的特殊药品,  
经治医师可与药学部门联系进货,对急需使用的自备药品,经告知并签署本知情同意书  
后方可使用。本知情同意书归入病历存档。

### 海南省人民医院 选择治疗方案同意书

尊敬的患者及家属:

您在我院住院治疗过程中,医生将尽可能为您提供最佳的治疗方案!为  
加强医患双方的理解与合作,医生可能会给您推荐几种不同的治疗方案供您  
选择,请您根据本人的实际情况予以选择:

	方案名称	是否同意
方案一	非格列地尔 + 地西他滨	同意, 不同意
方案二		同意, 不同意
方案三		同意, 不同意
备注		

病人姓名 [REDACTED] 性别: 女 年龄: 58岁

诊断: AML, M1

科别: 血液内科病房

床号: 20

住院号: [REDACTED]

负责医生签字: 姜其

患者或家属签字: [REDACTED]

2020.10.1

海南省人民医院  
化疗前谈话知情同意书

病人姓名	性别：女	年龄：58岁	床号：08	住院号
工作单位				住院日期：2020年08月10日
家庭住址：海南省文昌市文城镇橡胶研究所				联系电话：
诊断：外周T细胞淋巴瘤				拟定化疗方案

- 对以下化疗中，化疗后可能发生的副作用以“√”加以说明
- ☐骨髓抑制，白细胞下降，血小板下降，继发感染，出血。
  - ☐消化道反应：口干、口腔溃疡、食欲减退、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、甚至血性腹泻。
  - ☐心脏毒性：心肌受累、心律失常、甚至心功能衰竭、心跳骤停。
  - ☐肺毒性：肺纤维化，甚至呼吸衰竭。
  - ☐肝功能损害，甚至肝功能衰竭。
  - ☐膀胱炎：甚至出血性膀胱炎，肾功能损害。
  - ☐局部反应：局部肿痛、静脉炎、脱发。
  - ☐神经毒性、手足末端发麻、肠麻痹、共济失调。
  - ☐发热、过敏反应、甚至过敏性休克。
  - ☐肌痛、四肢关节痛、肢体无力。
  - ☐其他不可预料的反应。

谈话医师签名：签名：黄莉

日期：当前日期

化疗志愿书

病人姓名：

因患病经你院医师详细检查和诊断后，认为需要化疗，化疗中可能出现各种并发症和意外以致危及生命等情况，你院医师已与我们详细讲清，病人，家属及单位已完全明白了解，并要求你院医师施行治疗。

此致  
海南省人民医院

病人签名：  
病人与家属签名  
与病人关系：

2020年8月11日

## 海南省人民医院医疗告知书

科 室	血液内科病房		
患者姓名	[REDACTED]	性别	女
		年龄	58岁
		住院号	[REDACTED]
目前诊断	1、外周T细胞淋巴瘤；2、伯基特淋巴瘤 IV期A组 高危组；3、急性髓系白血病；4、肺部感染；5、间质性肺炎；6、慢性乙型病毒性肝炎；7、类固醇性糖尿病；8、左眼孔源性视网膜脱离；9、双眼老年性白内障；10、子宫多发肌瘤；11、恶心和呕吐；12、吞咽困难；13、电解质代谢紊乱；14、消化道出血 消化性溃疡；15、失血性休克		
<p>谈话内容摘要：患者目前合并消化道出血 消化性溃疡、失血性休克，病情危重，予告病重，上心电监护，予奥美拉唑、生长抑素止血、补液、申请输血等对症治疗，患者病程中可能出现出血难以控制、昏迷、休克难以纠正、心功能衰竭、呼吸衰竭、心跳呼吸骤停等严重并发症危及生命。</p>			
我已了解临床路径实施流程，_____（填同意或不同意）按照临床路径表单中的要求接受诊断治疗、护理方案及康复指导。			
谈话医生签名：_____		时间：2020年10月3日03时30分	
参加沟通谈话医护人员：_____			
参加沟通谈话患方人员：患者及家属			
* 我知情，我同意，并自愿选择医护人员将要采取的诊疗措施。 患方(代表)签名：_____与患者关系：_____			
* 我知情，但不同意医护人员将要采取的诊疗措施，并愿意承担由此导致的一切后果。 患方(代表)签名：_____与患者关系：_____			
* 其他： 患方(代表)签名：_____与患者关系：_____			



海南省人民医院  
患者住院治疗授权委托书

患者姓名	符爱花	性别	女	年龄	58岁	籍贯	海南省
身份证号				联系电话			
受委托人	孙少斌	年龄	6	籍贯			
身份证号				与委托人关系			
详细住址	联系电话						

本人于入住海南省人民医院血液内科病房。为了医院对我实施的诊疗活动能够顺利进行，同时为了切实维护我在本次住院期间的知情同意权利、选择权利，我郑重委托孙少斌作为我的代理人，授权其：

一、代为了解本人病情；

二、代为行使住院期间的知情同意权，并履行相应的签字手续，其中包括以下情形：

- (1) 对本人检查治疗方案做出选择时；
- (2) 病情出现变化需要抢救时；
- (3) 使用自费药物或使用贵重药物时；
- (4) 使用高价值消耗医疗材料和贵重医疗仪器时；
- (5) 需要采用对身体有伤害的特殊检查、操作时；
- (6) 因病情需要对本人输血及血液制品时及对本人采取试验性治疗时；
- (7) 需要对本人实施麻醉、手术治疗、制定、决定手术方案时；
- (8) 抢救或手术过程中发生医疗意外，并发现情况需要改变预定术式和手术方案、紧急输血、摘除器官或较大组织、结扎重要血管时；
- (9) 需要接受自体或异体器官移植时；
- (10) 需要植入人工器官、其他医用生物材料时；

海南省人民医院  
患者住院治疗授权委托书

(11) 本人属于公费医疗、农村合作医疗、社保患者等类别，为诊治疾病而提出报销范围使用特定药物或采取特定医疗措施时；

(12) 本人暂时无知情同意能力但因病情危急需要紧急治疗时。

代理人在授权范围内所办理的事务以及因代理人不履行或迟延履行代理事务而发生的医疗风险、争议等后果，由我本人和代理人承担，与医院无关。

为明确委托、受托人双方身份，维护医、患双方权益，需双方提供身份复印件留底于病历中。

本次授权委托书有效期为本委托书签署之日起至出院之日时止，该授权委托书一式三份，委托人及受托人各执一份，医院留底病历一份。

委托人签字  
(手印)

2020年8月15日

2020年8月15日

科室见证第三人（医务人员或总值班签字）：

备注（如患方无书写能力时）：

补充说明：

一、以下情形可不签署授权委托书：

- 1、患者无法确定身份并且病情危重需抢救时；
- 2、年龄小于18周岁患者；
- 3、罪犯或犯罪嫌疑人；
- 4、其他特殊情形。

二、当患者因神志不清等情形，不具备行为能力时，为方便患者治疗，由患者全部直系亲属共同委托一名亲属作为代理人，负责医患沟通及签字认可患者各项治疗。

科室：

患者姓名：

住院号：924007

尊敬的患者及家属：

衷心感谢你们的信任，选择到

海南省人民医院就医。在接下来的

一段时间里，我们将共同面对疾病

的挑战。在此，我们郑重承诺：

一、秉持平等、仁爱、诚信的

海南省人民医院医务人员：

我们收到了贵科室的承诺书，

认真阅读并理解了相关内容。在此，

我们也郑重承诺：

一、积极配合诊疗活动，如实

提供病史等信息，尊重科学，对疾