

西安交通大学第一附属医院

手术知情告知书

性别:男 年龄:54岁 科别:肝胆外科3病房 床号:8022042 病室:

医生已告知患者患有皮肤红斑,需要在局部麻醉下进行皮肤红斑病理活检手术

手术目的:

- ①进一步明确诊断
- ②切除病灶可疑癌变/癌变/功能亢进/其他
- ③缓解症状
- ④其他

手术潜在风险:

- 1. 麻醉并发症,严重者可致休克,危及生命;
- 2. 术中、术后出血,严重者可致休克,危及生命;
- 3. 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式;
- 4. 诱发原有疾病恶化,术后瘢痕形成;
- 5. 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符;
- 6. 再次手术;
- 7. 病灶切除不全,或肿瘤残体存留;
- 8. 术中损伤神经、血管及邻近器官,如:
- 9. 未列出的不常见的风险。

如果患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病,以上这些风险可能会加大,或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

且发生上险和意外,医生会采取积极应对措施。

若患者或受委托人不同意手术的替代治疗方案:

患者或患者的法定监护人、受委托人意见:

选择手术,谅解。我的医生已经告知我将要进行的手术方式以及手术可能发生的风险、并发症和不同意手术的替代治疗方案,并且解答了我关于此次手术的相关问题。我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。我并未得到手术百分之百成功的许诺。我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名

或受委托人签名

手术者签名

与患者关系

签名日期

签名日期

签名日期

年 月 日 时 分

2016年8月29日 时 分

2016年8月29日 时 分

西安交通大学第一附属医院
气管插管和机械通气知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 63岁 病历号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知患者有意识障碍原因待查 感染性休克? 移植物抗宿主反应? 原发性肝癌 梗阻性黄疸 慢性病毒性肝炎 乙型肝炎 移植术后 胆道感染, 根据患者目前的病情情况, 需要进行气管插管和机械通气。

机械通气的目的: 改善呼吸功能, 维持生命体征, 为解除诱发加重因素争取时间

手术潜在风险和对策:

医生告知患者气管插管和机械通气可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的操作根据不同病人的情况有所不同, 医生已告知患者及家属可与患者的医生讨论有关患者操作的具体内容, 如果有特殊的问题可与患者的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。
3. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策:

气管插管:

- 1) 刺激迷走神经引起呼吸心跳骤停;
- 2) 口腔局部损伤和牙齿脱落;
- 3) 咽部感染、喉头水肿及声带损伤;
- 4) 气管软骨脱位;
- 5) 误吸、肺部感染和肺不张;
- 6) 粘液栓、痰栓等引起急性气道阻塞;
- 7) 误入食道;
- 8) 插管失败;

机械通气:

- 1) 呼吸机诱发的肺损伤, 相关性肺部感染;
- 2) 患者不能脱离呼吸机, 呼吸机依赖;
- 3) 血流动力学不稳定, 血压下降, 心律失常, 心功能衰竭等循环功能障碍;
- 4) 患者与呼吸机不同步, 致呼吸困难, 呼吸功能衰竭继续加重;
- 5) 病人需要约束治疗;
- 6) 皮下气肿、纵膈气肿和气胸等; 氧中毒;
- 7) 气管食管瘘;

4. 我理解如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

5. 如果患者的体位不当或不遵医嘱, 可能影响操作效果。

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我的病情, 可能出现以下特殊的并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。



西安交通大学第一附属医院 气管插管和机械通气知情同意书

患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和
风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我理解我的操作需要多位医生共同进行。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学
检查和医疗废物处理等。

患者签名：

签名日期： 年 月 日

如果患者

同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属

与患者关系： 子

签名日期 2018 年 7 月 24 日 02:00

医生陈述

我已经告知患者及家属此次手术及术后可能发生的并发症和风险，
可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名：

签名日期： 18 年 7 月 24 日

西安交通大学第一附属医院

骨髓穿刺/活检术知情同意书

姓名	性别:男	年龄:54岁	科别:肝胆外科3	病历
----	------	--------	----------	----

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我需要在局部麻醉下进行骨髓穿刺术。

骨髓穿刺术的目的是: 了解骨髓造血情况

手术潜在风险和对策:

医生告知我骨髓穿刺/活检可发生的一些风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的治疗方案术式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治疗方案的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解此操作存在以下并发症风险和局限性:

- 1.) 局部感染或败血症:局部穿刺点发生红肿、热、痛,或全身感染如发热等。
- 2.) 局麻药过敏,药物毒性反应;
- 3.) 穿刺部位局部出血、血肿;
- 4.) 心血管症状:穿刺期间可能发生高血压、脑血管意外、心律失常、心跳呼吸骤停。
- 5.) 由于疾病原因或病人自身因素导致的穿刺失败,可能需要再次穿刺;
- 6.) 术中、术后出血、渗液、渗血,损伤周围神经、动脉、静脉,致出血、血肿形成;
- 7.) 穿刺针折断;

8.) 除上述情况外,本操作尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项,如

1. 发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

我同意在操作中,医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

我并未得到操作百分之百成功的许诺。

我授权医师对操作标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和处理等。

患者签名:

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签署

与患者关系: 夫妻 签名日期: 2016年8月30日 时分

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法关于此次手术的相关问题。

签名日期: 2016年8月30日 时分

西安交通大学第一附属医院

激素治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 53岁 病历: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 原发性肝癌 肝硬化失代偿期 病毒性肝炎 慢性乙型 消化道出血, 需要接受糖皮质激素治疗。激素治疗是目前治疗类风湿关节炎、重症系统性红斑狼疮、血管炎、皮炎、其他自身免疫疾病及器官移植后免疫抑制的常用手段之一, 是迅速控制和缓解病情以挽救生命或重要器官功能的必要治疗措施。在治疗前、中、后医生要检测我的症状、体征、体力状况以及有关的化验检查, 以评判激素治疗的疗效及副作用。

激素治疗可能发生的风险如下:

1. 出现感染的几率和风险可能增加, 如: 结核、病毒、细菌、霉菌感染。
2. 可能出现血糖、血脂异常, 如继发糖耐量异常或继发糖尿病。
3. 可能出现继发性高血压、水钠潴留、充血性心力衰竭。
4. 可能出现肢体脂肪重新分布、向心性肥胖等。
5. 可能出现反酸、烧心, 严重者可能出现消化道溃疡、消化道出血。
6. 可能出现骨质疏松、股骨头坏死等。
7. 可能出现继发性精神改变(兴奋、烦躁、失眠、抑郁、淡漠、幻觉、妄想等)。
8. 可能有较小的几率出现青光眼、视乳头水肿或白内障加重等眼部情况。
9. 可能有较小几率出现过敏反应。
10. 可能有较小几率出现激素耐药、治疗效果不理想。
11. 年龄较大, 患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、精神神经系统疾病或既往有结核、肝炎等慢性感染性疾病患者, 以上这些风险可能会加大。
12. 在治疗或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。
13. 根据患者病情及个体差异, 可能出现未包括在上述所交代情形以外的风险。

(特别提示: 此部分内容, 是针对每一个不同患者所做的特别告知, 请签字时予以注意)。

患者知情选择

医生已经告知我将要进行治疗方式, 此次治疗中及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方案做出调整。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺, 我自愿同意接受激素治疗。

患者或家属

与患者关系

夫妻

签名日期 2016年7月25日

医生签名

签名日期 2016年7月25日

西安交通大学第一附属医院

激素治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 64岁 病历: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有1. GVHD? 2. 肝移植术后, 需要接受糖皮质激素治疗。激素治疗是目前治疗类风湿关节炎、重症系统性红斑狼疮、血管炎、皮炎、其他自身免疫性疾病及器官移植后免疫抑制的常用手段之一, 是迅速控制和缓解病情以挽救生命或重要器官功能的必要治疗措施。在治疗前、中、后医生要检测我的症状、体征、体力状况以及有关的化验检查, 以评判激素治疗的疗效及副作用。

激素治疗可能发生的风险如下:

1. 出现感染的几率和风险可能增加, 如: 结核、病毒、细菌、霉菌感染。
2. 可能出现血糖、血脂异常, 如继发糖耐量异常或继发性糖尿病。
3. 可能出现继发性高血压、水钠潴留、充血性心力衰竭。
4. 可能出现肢体脂肪重新分布、向心性肥胖等。
5. 可能出现反酸、烧心, 严重者可能出现消化道溃疡、消化道出血。
6. 可能出现骨质疏松、股骨头坏死等。
7. 可能出现继发性精神改变 (兴奋、烦躁、失眠、抑郁、淡漠、幻觉、妄想等)。
8. 可能有较小的几率出现青光眼、视乳头水肿或白内障加重等眼部情况。
9. 可能有较小几率出现过敏反应。
10. 可能有较小几率出现激素耐药、治疗效果不理想。
11. 年龄较大, 患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、精神神经系统疾病或既往有结核、肝炎等慢性感染性疾病患者, 以上这些风险可能会加大。
12. 在治疗或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。
13. 根据患者病情及个体差异, 可能出现未包括在上述所交代情形以外的风险。

特别提示: 此部分内容, 是针对每一个不同患者所做的特别告知, 请签字时, 予以注意。

患者知情选择

医生已告知我将要进行的治疗方式, 此次治疗中及治疗后可能发生的并发症和危险, 可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方案做出调整。我并未得到治疗百分之百成功的许诺, 我自愿同意接受激素治疗。

患者或家属签字: [REDACTED]

与患者关系: 夫妻

签名日期: 2019年12月11日

医生签字: [REDACTED]

签名日期: 2019年12月11日

西安交通大学第一附属医院

危重病人告知书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 40岁 科别: 肝胆外科3病房 床号: 8022043 病案号: [REDACTED]

尊敬的患者亲属或患者的监护人、受委托人:

您好! 您的 [REDACTED] 现在在我院肝胆外科3病房 科住院治疗。目前诊断为。虽经医护人员积极救治, 但患者病情危重, 并且病情有可能进一步恶化, 随时会出现以下一种或多种危及患者生命的并发症:

- 1、肺性脑病, 严重心律失常, 心功能衰竭、心肌梗死、高血压危象;
- 2、上消化道出血导致出血性休克、脑出血、脑梗塞、脑疝;
- 3、感染中毒性休克、过敏性休克、心源性休克;
- 4、弥漫性血管内凝血(DIC);
- 5、多器官功能衰竭;
- 6、糖尿病酮症酸中毒、低血糖性昏迷、高渗性昏迷;
- 7、其他:

上述情况一旦发生会严重威胁患者生命, 医护人员将会全力抢救, 其中包括气管切开、呼吸机辅助呼吸、电除颤、心脏按摩、安装临时起搏器等措施。

根据我国法律规定, 为抢救患者, 医生可以在不征得您同意的情况下依据救治工作的需要对患者先采取抢救措施, 并使用应急救治所必需的仪器设备和治疗手段, 然后履行告知义务, 请您予以理解并积极配合医院的抢救治疗。

如您还有其他问题和要求, 请在接到本通知后主动找医生了解咨询, 请您留下准确的联系方式, 以便医护人员随时与您沟通。此外, 限于目前医学科学技术条件, 尽管我院医护人员已经尽全力救治患者, 仍存在因疾病原因患者不幸死亡的可能。请患者家属予以理解。

患者监护人或受委托人意见:

关于患者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于患者病情危重时进行的救治措施, 医护人员已经向我详细告知。我了解了患者病情危重, 并“同意”(“同意”或“不同意”) 医护人员进行下述救治措施(对下述项目同意的划√, 可多选):

- ☐ 气管切开 ☐ 呼吸机辅助呼吸 ☒ 电除颤
☒ 心脏按压 ☐ 临时起搏器 ☐ 其他有创救治措施。

除上述意见之外, 并且我“同意”(“同意”或“不同意”) 使用药物进行救治。对所发生的一切后果我们自行承担责任。

患者监护人或受委托人 [REDACTED] 与患者关系 父子

签名日期 2018年12月27日 时 分

医护人员陈述:

我已经将患者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及 [REDACTED] 患者病情危重时进行的救治措施向患者亲属或患者的法定监护人、受委托人详细告知。

医护人员签名 [REDACTED]

签名日期 2018年12月27日 时 分

西安交通大学第一附属医院

肌活检知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 63岁 科别: 肝胆外科ICU 床号: 8030016 病室: [REDACTED]

医生已告知我的皮肤可能患有疾病, 需要在局部麻醉下进行皮肤活检手术, 协助诊断。

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下骨骼肌活检手术可发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 体的手术式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, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策:
 - 1) 局部麻醉, 麻醉药物过敏;
 - 2) 术中出血较多; 甚至出血不止;
 - 3) 术后伤口感染, 伤口长期不愈;
 - 4) 取材不当, 没有取到病变, 仅取到脂肪或皮下组织; 可能需要再次取活检;
 - 5) 病理检查结果为非特异性, 没有诊断意义, 可能需要再次取活检;
 - 6) 因个体差异或生理解剖异常引起手术局部神经、血管损伤。
4. 如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。
5. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

我理解我的手术可能需要多位医生共同进行。

我并未得到手术百分之百成功的许诺。

我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名: [REDACTED]

或受委托人签名: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED]

签名日期: 年 月 日

签名日期: 2014 年 7 月 10 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法 [REDACTED] 关于此次手术的相关问题。

医生签名: [REDACTED]

手术者签名: [REDACTED]

签名日期: 2014 年 7 月 10 日

签名日期: 年 月 日

西安交通大学第一附属医院

激素治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 40岁 病历号: [REDACTED]

疾病介绍: [REDACTED]
医生已告知我患有1. 发热待查: GVHD? 2. 急性肾功能不全 3. 电解质紊乱 4. 肝移植术后需要接受糖皮质激素治疗。激素治疗是目前治疗类风湿关节炎、重症系统性红斑狼疮、血管炎、皮炎、其他自身免疫性疾病及器官移植后免疫抑制的常用手段之一。是迅速控制和缓解病情以挽救生命或重要器官功能的必要治疗措施。在治疗前、中、后医生要检测我的症状、体征、体力状况以及有关的化验检查, 以评判激素治疗的疗效及副作用。

激素治疗可能发生的风险如下:

1. 出现感染的几率和风险可能增加, 如: 结核、病毒、细菌、霉菌感染。
2. 可能出现血糖、血脂异常, 如继发糖耐量异常继发糖尿病。
3. 可能出现继发性高血压、水钠潴留、充血性心力衰竭。
4. 可能出现肢体脂肪重新分布, 向心性肥胖等。
5. 可能出现反酸、烧心, 严重者可能出现消化道溃疡、消化道出血。
6. 可能出现骨质疏松、股骨头坏死等。
7. 可能出现继发性精神改变(兴奋、烦躁、失眠、抑郁、淡漠、幻觉、妄想等)。
8. 可能有较小的几率出现青光眼、视乳头水肿或白内障加重等眼部情况。
9. 可能有较小几率出现过敏反应。
10. 可能有较小几率出现激素耐药、治疗效果不理想。
11. 年龄较大, 患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、精神神经系统疾病或既往有结核、肝炎等慢性感染性疾病患者, 以上这些风险可能会加大。
12. 在治疗或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。
13. 根据患者病情及个体差异, 可能出现未包括在上述所列情形以外的风险。

(特别提示: 此部分内容, 是针对每一个不同患者所做的特别告知, 请签字时, 予以注意)。

患者知情选择

医生已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗中及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方案做出调整。我并未得到治疗百分之百成功的许诺, 我自愿同意接受激素治疗。

患者或家属签字: [REDACTED] 与患者关系: 父子

签名日期: 2018年2月25日

医生签名: [REDACTED]

签名日期: 2018年2月25日

西安交通大学第一附属医院

激素治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 63岁 病历号: [REDACTED]

疾病名称和部位: [REDACTED]

医生已告知我患有 [REDACTED]，需要接受糖皮质激素治疗。激素治疗是目前治疗类风湿关节炎、重症系统性红斑狼疮、血管炎、皮炎以及其他自身免疫疾病的常用手段之一，是迅速控制和缓解病情以挽救生命或重要器官功能的必要治疗措施。在治疗前、中、后医生要检测我的症状、体征、体力状况以及有关的化验检查，以评判激素治疗的疗效及副作用。

激素治疗可能发生的风险如下:

1. 出现感染的几率和风险可能增加，如:结核、病毒、细菌、霉菌感染。
2. 可能出现血糖、血脂异常，如继发糖耐量异常或继发糖尿病。
3. 可能出现继发性高血压、水钠潴留、充血性心力衰竭。
4. 可能出现肢体脂肪重新分布、向心性肥胖等。
5. 可能出现反酸、烧心，严重者可能出现消化道溃疡、消化道出血。
6. 可能出现骨质疏松、股骨头坏死等。
7. 可能出现继发性精神改变(兴奋、烦躁、失眠、抑郁、淡漠、幻觉、妄想等)。
8. 可能有较小的几率出现青光眼、视乳头水肿或白内障加重等眼部情况。
9. 可能有较小几率出现过敏反应。
10. 可能有较小几率出现激素耐药、治疗效果不理想。
11. 年龄较大，患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、精神神经系统疾病或既往有结核、肝炎等慢性感染性疾病患者，以上这些风险可能会加大。
12. 在治疗或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。
13. 根据患者病情及个体差异，可能出现未包括在上述所交代情形以外的风险。

(特别提示: 此部分内容，是针对每一个不同患者所做的特别告知，请签字时予以注意)。

患者知情选择

医生已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗中及治疗后可能发生的并发症和风险可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方案做出调整。

我并未 [REDACTED] 成功的许诺，我自愿同意接受激素治疗。

患者或家属

患者关系: 8

签名日期: 2018年7月24日 07时11分

医生签名:

签名日期: 2018年7月24日 8时00分

西安交通大学医学院第一附属医院

多克隆抗体治疗同意书

患者

性别

男

年龄

54岁

科室

肝胆

住院号

诊断

CHD, 肝移植术后

多抗名称

即复宁

多克隆抗体冲击/诱导治疗不良

使用多克隆抗体冲击/诱导治疗可能出现的不良反映情况如下, 一旦出现下列情况, 我们将按照医疗常规及时进行积极处理:

1. 使用首剂治疗后出现寒颤、高热(体温升至40℃或更高)、全身酸痛等不适;
2. 可能导致肺部感染、白细胞减少、血小板降低, 少数病人出现骨髓抑制, 危及生命;
3. 使用后少数病人出现皮疹、重症药疹、恶心呕吐、胃部痉挛、腹泻、呼吸困难等不良反应;
4. 极少数病人在第一次注射后有致命性严重过敏反应;
5. 使用多克隆抗体免疫诱导治疗过程中, 少数病人仍可能出现排斥反应;
6. 使用多克隆抗体冲击抗排斥治疗后, 少数病人可能出现排斥反应不能逆转。

其他特殊事宜: 患者存在肺水肿、肺部感染症状, 使用多克隆抗体后可能导致肺部感染加重, 严重时可引起呼吸衰竭, 危及生命。

备注

如果发生以上问题, 请患者及家属予以理解及谅解

主管医师签字:

家属姓名

性别

男

与患者关系

儿子

签字日期

2016.9.12

同意使用多克隆抗体治疗