

昆明市儿童医院病情告知书（无陪病房）

患者姓名 出生日期(8位数) 2020-03-21 (9月16天) 性别 女
科 室 CU病区 ID号或住院号 床号

为认真履行医生的告知义务，使患者家属充分了解病情，增加医患间的信任，以利于各项医疗方案实施，现已通过通俗易懂的语言如实将您的孩子的病情和其他相关情况告知如下：

一、医生告知（主管医师：）

1. 您的孩子住院后，经相大恒查，目前主要诊断为：发热、血小板减少原因待查

2. 根据孩子现在的病情，拟实施的治疗方案及其预期效果和风险：病情加重

3. 其他可选择的治疗方案及其预期效果和风险：

4. 根据主管医师对患者病情的评估，如患者符合临床路径入径标准。患者将被纳入该病种的临床路径，按照临床路径诊疗程序接受规范、透明的治疗。如您因个人意愿不接受患者入组临床路径，有权退出；若因病情变异不适合继续接受临床路径治疗，我们将及时退出临床路径。

5. 医学是一门经验科学，还有许多未被认识的领域。另外，患者的个体差异很大，疾病的变化也各不相同，相同的诊疗方案有可能出现不同的结果，因此治疗可能达不到预期的效果，治疗过程中也会存在很多风险，医生无法对诊疗结果做出任何的保证，但医生将会以良好的医德医术为患者治疗。

二、患者住院期间注意事项

1. 我科病房系无陪病房，患者入院后，为避免影响医务人员的诊疗工作，家长如需询问病情或有探视患者需求时，请按科室要求在医务人员指导下进行。

2. 患者住院期间家属应积极配合医护人员进行诊疗。

3. 患者家属需保持手机24小时开机，以便患者出现病情变化或特殊情况时医护人员能及时与家长联系。

4. 其他：☒无 ☐有

三、医生声明

我已经以患者家属所能理解的方式告知了患者目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险、可能存在的其他治疗方法等相关事项，并给予了患者家属充足的时间考虑，解答了患者家属提出的相关问题。住院期间如果需要进行治疗其他特殊诊疗活动或操作，医务人员会与您签署相应的知情同意书。

医生签名：

时间：2021年1月7日12:10

四、患方意见

主管医生已告诉我关于孩子的住院方式、将要进行的治疗方法、此次治疗、治疗后可能发生的并发症及患者住院期间的注意事项，我经过慎重考虑，已充分理解本知情同意书的各项内容，愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而导致的医疗意外和并发症，并自愿选择进行治疗。

患者家属签名：

与患者关系：父母

时间：2021年1月7日12:20

如果患者家属无法签署知情同意书，请其授权的代理人在此签名。

授权代理人签名：

昆明市儿童医院输血治疗知情同意书

患者姓名: [] 出生日期(8位数) 2014-12-24 性别 女
科 室: [] D号或住院号 [] 床号 []

临床诊断: 全血细胞减少原因待查(白血病?)

患者血型: A 型, Rh(D) 血型: ☒ 阳性 ☐ 阴性

输血前相关检查结果:

ALT U/L HBsAg: ☐ 阳性 ☒ 阴性 HBeAg: ☐ 阳性 ☒ 阴性
Anti-HBs: ☐ 阳性 ☒ 阴性 Anti-HBe: ☐ 阳性 ☒ 阴性 Anti-HBc: ☐ 阳性 ☒ 阴性
Anti-HCV: ☐ 阳性 ☒ 阴性 Anti-HIV1/2: ☐ 阳性 ☒ 阴性 梅毒: ☐ 阳性 ☒ 阴性

其他结果:

输血治疗包括输全血、成分血,是临床治疗的重要措施之一,亦是抢救急危重症患者生命行之有效的有效手段。

我院为患者提供的血液制品,均来自云南昆明血液中心,并按国家标准进行严格检测,但受当前科技水平的限制,仍不能完全解决病毒感染的窗口期和潜伏期问题,故输入经过检测正常的血液制品,输血仍有某些不能预测或不能防止的输血不良反应和输血传染病。输血可能发生的输血不良反应及传染性疾病主要如下:

1. 过敏反应、发热反应,如皮疹、发热、寒战、恶心、呼吸困难、疼痛、黄疸、休克等情况。
2. 溶血反应。
3. 感染肝炎(如乙肝、丙肝等)、艾滋病、梅毒等。
4. 其它潜在血源感染(如疟疾、巨细胞病毒或EB病毒等)。
5. 其他不可预见的疾病。

请您认真阅读和理解这份知情同意书,有不理解的地方,可向医生咨询,直至理解,感谢您的合作。

医生陈述:

我已经告知患者家属将要进行的输血治疗可能发生的并发症和风险,并解答了患者家属关于输血治疗的相关问题。

医生签名: []

签名时间: 2017 年 7 月 14 日 18 时 00 分

患者家属意见: 同意

我已详细阅读以上内容,对医师的告知表示完全理解。经慎重考虑,我决定:

☒ 同意输血 ☐ 不同意输血 ☐ 其他

输血方案: ☒ 输异体血 ☐ 输自体血 ☐ 输异体+自体血 ☐ 其它

输血次数: ☐ 本次住院期间所有输血次数: ☒ 次

我明白在此治疗中,遇有不可预见的情况时,可能需要变更操作方案或附加其他操作。我授权医师在遇有紧急情况时,为保障患者的生命安全实施必要的救治措施,并保证承担所需全部费用。

患者家属签名: []

患者关系: []

时间: 2017 年 7 月 14 日 18 时 00 分

如果没有患者家属签字,只能由其他人员代替签字,请说明理由:

☐ 患者家属书面授权 ☐ 其他情况*

备注: *需填写以下内容

本人见证了医务人员对阮英艳 患者家属进行了上述告知。

见证人签名: []

签名时间: 2017 年 7 月 14 日 18 时 00 分

联系方式 13 []