

台州恩泽医疗中心(集团) 恩泽医院

病 情 告 知

姓名: 病区: 1FB 床位: 1B09 住院号码:

今日在谈话间向患者及家属告知病情, 具体如下: 1、患者男性, 75岁。既往“高血压病”病史。2、因“反复发热20余天, 再发伴意识障碍3天”入院。3、体格检查: T: 37.4℃, P 100次/分, R 16次/分, Bp 165/77mmHg, 神志模糊, 两侧瞳孔等大等圆, 直径2.5mm, 对光反射迟钝, 双肺呼吸音低, 可闻及两下肺湿罗音, 心律齐, 未及病理性杂音, 腹软无压痛, 双下肢无浮肿。4、辅助检查: 2020年06月04日 本院 血常规+超敏CRP(急诊): 超敏C反应蛋白全血快速定量 65.06mg/L, 白细胞计数 $16.8 \times 10^9/L$, 红细胞计数 $3.63 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 96g/L, 淋巴细胞比率 5.8%, 中性粒细胞比率 88.8%; ; 2020年06月04日 本院血气分析(急诊科): 酸碱度(PH) 7.56, 二氧化碳分压 27mmHg, 氧分压 54mmHg, 碱剩余 2.5mmol/L, 碳酸氢根浓度 24.2mmol/L, 氧饱和度(SaO₂) 92%; ; 2020年06月04日 本院 急诊科胸痛四项: 肌钙蛋白I(急诊) 0.053ng/ml, B型钠尿肽(急诊) 310.92pg/ml, D-二聚体(急诊) 2.43mg/L; ; 2020年06月04日 本院降钙素原测定(急诊): 降钙素原(电化学法) 0.82ng/ml; ; 2020年06月04日 本院急诊生化: 肌酐 85 $\mu\text{mol/L}$, 丙氨酸氨基转移酶 69U/L, 总胆红素 15.7 $\mu\text{mol/L}$, 钾 3.15mmol/L, 钠 123.6mmol/L, 氯 93.3mmol/L, 钙 1.75mmol/L; ; 2020年06月04日 本院 ICT胸部平扫|CT上腹部平扫|CT头颅平扫: 两侧基底节区及放射冠腔隙灶; 脑白质变性; 老年性脑改变; 建议MR进一步检查。; 两肺多发结节(同前相仿), 建议隔期复查; 两肺散在斑片影, 感染考虑; 两肺肺气肿; 右肺中叶、左肺上叶下舌段纤维化灶; 两侧胸腔少量积液(减少); 主动脉壁及冠状动脉壁钙化斑, 心包少量积液(较前稍减少)。; 两侧肾上腺增粗。Caprini评分为5分, 危险分级为高危。5.入院后检查: 暂缺。6.目前诊断考虑: 1.重症肺炎 2.I型呼吸衰竭 3.电解质紊乱 低钠血症 低钾血症 4.高血压病2级(中危) 7.治疗方案风险和预防措施: 治疗上予高频、高流量吸氧, 哌拉西林他唑巴坦针抗感染, 甲强龙抗炎, 氨溴索化痰及补液等对症支持治疗; 病情加重, 肺部症状影像学进展, 胸闷持续; 呼吸衰竭, 需气管插管、机械通气; 继发胸腔积液, 脓胸, 严重者需外科治疗; 抗感染效果欠佳, 继发多重耐药菌感染、脓毒症; 胃肠道菌群失调、呕吐返流致吸入性肺炎; 心脑血管意外; 其他不可预见情况。预防措施: 尽量据药敏, 规范抗生素使用, 控制感染; 及时注意病情变化, 积极对症处理; 监测血压, 监测炎症指标及时复查CT。以上病情告知患者及家属, 表示理解请签字:

医师签名: 柳

签名时间: 2020年06月04日12时43分

患者知情选择

① 我的医生已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗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。我已经理解上述问题并



台州恩泽医疗中心(集团) 恩泽医院

病 情 告 知

姓名: [REDACTED] 病区: 1FB 床位: 1B09 住院号码: [REDACTED]

同意医师为我选择的治疗方案。

② 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

③ 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。

④ 我授权医师对治疗切除的病变器官、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。

患方签名: [REDACTED]

签名日期: 2020年06月04日 13时 00分



台州恩泽医疗中心(集团) 恩泽医院

气管插管/机械通气知情同意书

患者姓名: 性别: 男 年龄: 75岁 病历号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知患者有1.重症肺炎 2. I型呼吸衰竭 3. 电解质紊乱 低钠血症 低钾血症 4. 高血压病2级(中危), 需要进行气管插管、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。

操作潜在风险和对策:

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、出血;
- 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。



台州恩泽医疗中心(集团) 恩泽医院

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并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名: 胡

签名时间: 2020年06月04日12时37分

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: _____

签名时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: 胡 与患者关系 父子 签名时间: 2020 年 06 月 04 日 12 时 40 分



台州恩泽医疗中心(集团) 恩泽医院

病危(重)告知书

姓名: [REDACTED] 病区: 1FB 床位: 1B09 住院号码: [REDACTED]

这是一份关于病危告知书, 医师会用通俗易懂的方式告知诊疗相关事宜。

1. 目前诊断: 1. 颅内感染 2. 吸入性肺炎 2. I型呼吸衰竭 3. 败血症? 4. 阵发性房颤 5. 心功能不全 6. 电解质紊乱: 低钠血症 低钾血症 7. 高血压病2级(中危) 8. 自身免疫性疾病? 9. 低蛋白血症

2. 目前病情: 病危

3. 病情危重情况: 病情进展、颅内感染不能控制、颅内压增高、脑疝、中枢性呼吸循环衰竭、肺部感染加重、感染难以控制、感染性休克、循环衰竭、继发脑出血脑梗塞等脑血管意外、应激性消化道出血、失血性休克、DIC、继发恶性心律失常等心血管意外、继发ARDS、下肢深静脉血栓形成脱落致肺栓塞、严重酸碱平衡电解质紊乱、肝肾等重要脏器功能衰竭等可能, 以上情况可危及患者生命, 特下此病危通知, 我科将尽力救治。。

4. 防范措施:

(1) 患者一旦发生危及生命的情况, 医务人员将会全力救治, 包括气管插管、呼吸机辅助呼吸、电除颤、心脏按压等措施。

(2) 根据相关法律规定, 为抢救患者, 医务人员可在不征得您同意的情况下对患者先采取抢救措施, 并使用急救救治所需的仪器设备和治疗手段, 再履行告知义务, 请您予以理解并配合抢救。

医生签名: [REDACTED]

签名时间: 2020年06月10日01时42分

我的医师已经告知患者目前病情, 可能出现的风险及后果, 同意医务人员在患者病情危重时进行的救治。

患者签名: 签名时间: 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的代理人在此签名:

代理人签名: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED] 签名时间: 2020年06月10日02时00分



扫描全能王 创建

台州恩泽医疗中心(集团) 恩泽医院

拒绝或放弃医学治疗告知书

姓名: 性别: 男 年龄: 75岁 床号: 1B09 病历号:

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人:

根据患者目前的疾病状况, 医生认为患者应当接受治疗, 并建议患者接受适当的医疗措施。

但是患者现在拒绝或者放弃我院医护人员建议的以下医疗措施: 继续住院治疗

特此告知可能出现的后果, 请患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人认真斟酌后决定。

1. 拒绝或放弃医学治疗, 在我院原有的治疗中断, 有可能导致病情反复甚至加重, 从而为以后的诊断和治疗增加困难, 甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机, 也有可能促进或者导致患者死亡。

2. 拒绝或放弃医学治疗, 在我院原有的治疗中断, 有可能出现各种感染或使原有感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长, 增加患者的痛苦, 甚至可能导致不良后果。

3. 拒绝或放弃医学治疗, 在我院原有的治疗中断, 患者有可能会出现某一个或者多个器官功能减退、部分功能甚至全部功能的丧失, 有可能诱发患者出现出血、休克、其他疾病和症状, 甚至产生不良后果。

4. 拒绝或放弃医学治疗有可能导致原有的医疗花费失去应有的作用。

5. 拒绝或放弃医学治疗有可能增加患者其他不可预料的风险及不良后果。

医生陈述

我已经将患者继续接受医学治疗的重要性和必要性以及拒绝或者放弃治疗的风险及后果向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知, 并且解答了关于拒绝或者放弃治疗的相关问题。

医生签名: 王静莹

签名时间: 2020年06月22日10时10分



台州恩泽医疗中心(集团) 恩泽医院

拒绝或放弃医学治疗告知书

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见

我(或是患者的监护人)已年满18周岁且具有完全民事行为能力,我拒绝或放弃医院对我的医学治疗服务。医护人员已经向我解释了接受医疗措施对我的疾病治疗的重要性和必要性,并且已将拒绝或者放弃医学治疗的风险及后果向我作了详细的告知。我仍然坚持拒绝或放弃医学治疗。

我自愿承担拒绝或放弃医学治疗所带来的风险和不良后果。我拒绝或放弃医学治疗产生的不良后果与医院及医护人员无关。

患者签名:

签名时间: 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签

与患者关系

签名时间: 2020年06月22日10时30分

