



北京大学人民医院  
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL



# 关于签署知情同意书的授权委托书

姓名 [REDACTED]

性别 男

年龄 16岁

住院号 4239878

本人在住院期间，有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重委托由 [REDACTED] 全权代表本人签字，被委托人的签字视同本人的签字。

患者签字：

[REDACTED]

被委托人签字：

[REDACTED]

被委托人与患者的关系：

父子

被委托人住址：

电话：

主管医师签字：

郭杨



2015年 6月 13日



# 骨髓穿刺/活检术知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 16岁

病案号: 4239878

## 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我需要在麻醉下进行术。

- ☐ 穿刺取骨髓, 协助确定诊断及监测病情变化;
- ☐ 骨髓组织性病理检查, 协助确定诊断及监测病情变化;
- ☐ 其他

其他

## 手术潜在风险和对策:

医生告知我骨髓穿刺/活检术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, 具体的医疗方案和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医疗方案的具体内容, 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. 我理解此医疗方案存在以下并发症、风险和并发症:
  - (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、寒战等;
  - (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、心脏压塞、心跳呼吸骤停等;
  - (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、术后发生出血、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, 本医疗措施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:

## 特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 除上述风险以外, 还可能出现以下特殊并发症或风险:

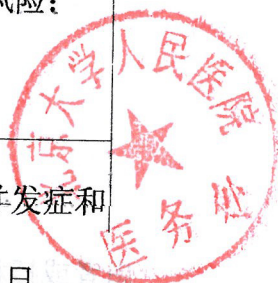
一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

## 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

患者或授权亲属签名

签名日期 2015年 6月 3日





北京大学人民医院  
PEKING UNIVERSITY PEOPLE'S HOSPITAL



# 骨髓穿刺/活检术知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 16岁 病案号: 4239878

风险、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了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。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情, 如有隐瞒, 一切后果自负。

患者签名 \_\_\_\_\_ 签名日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
身份证号 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_  
通讯地址 \_\_\_\_\_

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 [REDACTED] 与患者关系 父亲 签名日期 2015 年 6 月 3 日  
身份证号 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_  
通讯地址 \_\_\_\_\_

## 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、可能存在的其他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 郭杨 签名日期 2015 年 6 月 3 日

患者或授权亲属签名 [REDACTED] 父亲 签名日期 2015 年 6 月 3 日







## 血液科化疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 16岁

病历号: 4239878

### 疾病介绍和治疗建议

医生已告知我需要进行vp16+地塞米松化疗。

诊断: 噬血细胞综合征?

拟实施的医疗方案:

其他

### 治疗潜在风险和对策

医生告知我化疗可能发生的一些风险, 化疗药物在杀伤肿瘤细胞的同时, 对人体正常细胞也有一定的毒副作用。有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的化疗方案根据不同病人及疾病状态有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何治疗都存在风险。
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. 我理解此治疗存在以下并发症、风险和并发症:
  - 1) 化疗药物过敏, 严重时可致过敏性休克;
  - 2) 不同程度的骨髓抑制, 白细胞降低、贫血及血小板减少, 严重时可致重症感染、皮肤粘膜及深部脏器出血(如脑出血)或贫血相关症状;
  - 3) 胃肠道反应, 恶心、呕吐、进食减少、大便稀软或便秘、腹泻;
  - 4) 脱发、静脉炎、口腔粘膜炎症、口腔溃疡等;
  - 5) 肝肾功能损害, 严重可致肝、肾功能衰竭;
  - 6) 心脏或肺功能损害, 包括心律失常、肺水肿、肺泡出血等, 严重时可发生猝死或导致肺纤维化;
  - 7) 化疗药物刺激性较强, 易引起药物外渗和外漏, 造成局部静脉炎, 局部组织损伤, 严重者可引起组织坏死;
  - 8) 化疗相关的微血管病导致的多器官损伤;
  - 9) 肿瘤溶解综合征;
  - 10) 全身或局部色素沉着以及其他毒副作用;
  - 11) 血栓形成(造成脑栓塞、心肌梗死、深静脉血栓形成);
  - 12) 有些患者化疗中及化疗后发生心、脑血管意外而有生命危险;
  - 13) 化疗中由于患者反应较大或者其他原因可能终止化疗而达不到预期的化疗效果;
  - 14) 中枢或外周神经系统损害;
  - 15) 内分泌系统功能紊乱。
4. 我相信医护人员将为我拟定最佳治疗措施, 并积极预防和处理上述毒性不良反应, 一旦出现严重并发症, 医护人员将全力抢救, 以期达到最佳的效果。我及家属会积极配合医护人员的检查和治疗。双方共同努力, 争取按计划完成治疗。

患者或授权亲属签名

签名日期 2015年 6月 5日







# 血液科化疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 16岁 病历号: 4239878

## 特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 除上述风险以外, 还可能出现以下特殊并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

## 患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的诊治方式、此次诊治及诊治后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次诊治的相关问题。
- 我同意在诊治中医生可以根据我的病情对我的诊治方式作出调整。
- 我理解我的诊治需要多位医生共同进行。
- 我并未得到诊治百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情, 如有隐瞒, 一切后果自负。

患者签名 \_\_\_\_\_ 签名日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
身份证号 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_  
通讯地址 \_\_\_\_\_

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 [REDACTED] 与患者关系 父亲 签名日期 2015年 6月 5日  
身份证号 \_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_  
通讯地址 \_\_\_\_\_

## 医生陈述

我已经告知患者将要进行的诊治方式、此次治疗及诊治后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次诊治的相关问题。

医生签名 郭杨 签名日期 2015年 6月 5日

患者或授权亲属签名 [REDACTED] (父) 签名日期 2015年 6月 5日

