

中南大学湘雅三医院

细针穿刺病理检查知情同意书

001031

病理号:

姓名	[REDACTED]	性别	男	年龄	2岁	住院号	[REDACTED]	科别	[REDACTED]	床号	[REDACTED]
术前诊断	[REDACTED] 全身淋巴结肿大原因	穿刺部位	[REDACTED] 左侧颈部								

一、 细针穿刺病理检查是诊断疾病的一种方法，具有创口微小、过程安全、易于接受等特点。但由于病人的病情不同、个人健康状态、个体差异、某些不可预测的和难以避免的因素，在穿刺过程中和穿刺以后可能出现下列情况：

- 1、晕针
- 2、穿刺部位器官损伤
- 3、穿刺部位出血不止或血肿形成
- 4、穿刺部位或器官感染
- 5、气胸
- 6、其他不可预料的情况

二、 出现上述并发症的对策：

执行此项检查的医生应按照医疗操作规范认真准备和操作，最大限度地避免上述并发症的发生。我们一定以高度的责任心，尽力做好我们的工作。

上述并发症出现后，我们会立即采取相应措施，减轻或消除并发症对患者的不利影响。对危及生命的并发症，我们可能来不及征求家属的意见，即对病人采取急救措施，希望得到家属的同意、理解。

三、 穿刺记录：

10年3月30日

患者取卧位，常规皮肤消毒，一次性持续负压穿刺器，8号针头刺入，抽出少许颗粒样物，术中操作顺利，患者无明显不适。

病理科：[Signature]

四、 我以认真阅读了本知情同意书，对可能出现的并发症及手术风险有了全面的了解，我同意接受该检查。

患者签字：_____

或被委托人签字：[REDACTED] 被委托人与患者的关系：_____

医师签字：[Signature]

签字日期：2010年3月30日



中南大学湘雅三医院 住院告知书

尊敬的病友及家属：

感谢您对我院的信任。为了让您的疾病尽快得到有效的治疗和护理,早日康复,请您仔细阅读以下内容,希望您理解并积极配合。

一、医务人员介绍

您现在入住在_____病区_____床

您的主管医师是熊益/孙海娟,病区主任是孙翠华,护士长是何志洁。

二、环境制度介绍

1. 为了您的安全,住院期间请勿外出、外宿。按国家卫生部规定,特殊情况须向您的主管医师书面请假并签名,经医师同意后,方可离开,外出时请注意安全,如有什么情况,请您自己负责。
 2. 我们为您配备了病床、床上用品、床头呼叫器及热水瓶和一次性用品若干,请保持床单整洁,不要携带过多用品。
 3. 为了保证您和其他病友一个安静、清洁、安全的环境,请勿互串病房、大声喧哗,不向窗外、地面倒水或扔垃圾,不在室内吸烟。上午不要进行娱乐活动。
 4. 常规治疗护理时间为上午 8:00~12:00,下午 14:30~17:30,请您不要离开病房,以免影响您的治疗、护理措施的实施。
 5. 为保证您及其他病友的治疗和休息,医院探视时间为每天下午 16:00~20:00,请告知您的亲人及朋友,非探视时间请勿探视。
 6. 如需要陪护时,请佩带陪护证并遵守有关规定。

三、安全

1. 为了保证安全,请您不要在病房内使用电炉、电热杯、酒精炉等,以免发生火灾。医院营养食堂将为您提供饭菜。
 2. 请妥善保管好您的贵重物品和现金,随身携带以免丢失。不要随意委托他人看管。
 3. 为了保证您的用药安全,请您不要自行邀请医院外的医师诊治和擅自使用院外带进的药物。
 4. 专科特殊要求:我科为母婴同室病房,请看管好您的婴儿,不要单独留婴儿在病房,不要随意交给他人看管。

四、您享有知情权

1. 您可向病区医务人员了解有关您的病情、诊断、治疗、护理等情况。
 2. 如果需要查询医疗费用,请您与病区医务人员联系。
 3. 医院严禁医务人员收受红包、礼金,您对我们工作的理解和支持,就是对我们最好的鼓励。

您对护理工作有何建议和要求,请及时向护士长反映。投诉电话: 88618803

感谢您对医院的信任、理解、支持与配合。

祝您早日康复!

宣教者: 3604

患者或家属：

2010年3月3日



中南大学湘雅三医院

姓名: [REDACTED] 病区: ICU病室护理单元 床号: [REDACTED] ID号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

特殊检查治疗同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 21岁 ICU病室科 ICU病室护理单元病区 住院号: [REDACTED]

入院诊断:

拟行手术: 无痛胃镜下留置鼻空肠管

一. 医师术前检查患者后, 详细告知了选择该手术治疗的必要性。

二. 施行该手术存在的风险及可能发生的意外和并发症:

1. 过敏性休克;
2. 各种感染、细菌、真菌、病毒;
3. 操作部位的损伤, 出现大出血、脏器穿孔、损伤邻近脏器以及操作不成等;
4. 出现或诱发呼吸、循环、心、肝、肾、脑等重要系统或脏器的功能衰竭、并发症;
5. 麻醉意外出现或诱发呼吸、心跳骤停, 复苏不成功、心肌梗死等;
6. 术后功能障碍;
7. 空气脂肪栓塞;
8. 发生其他难以预料的危及患者生命或致残的意外情况。

三. 我同意在必要的情况下使用血液和血液制品。

我对以上各条款均已经了解清楚, 同意接受手术治疗, 并愿意承担因该手术带来的各种风险。

谈话医师:

谈话地点: 医生办公室

谈话时间: 2010.4.6

是否同意上述手术:

同意书签字人: [REDACTED] 与患者关系:

经治医师签名: 肖剑辉 手签: [Signature]



中南大学湘雅三医院

输血治疗同意书 NO: _____

姓名 [REDACTED] 性别(男/女) 年龄 21岁

科别 ICU 病室 ICU 床号 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

输血史 _____ 生育史: 孕 _____ 产 _____

输血目的: 血红蛋白低

输血成分: 液型浓缩红细胞

临床诊断: 1. 肺部感染伴咯血 2. 呼吸困难

输血前检查: ALT 50 U/L, HBsAg -, Anti-HBS -,

HBeAg -, Anti-HBe -, Anti-HBc -;

Anti-HCV -, Anti-HIV1/2 -, 梅毒 -;

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

但输血存在一定风险, 可能发生输血反应及感染经血传播疾病。

虽然我院使用的血液, 均已按卫生部有关规定进行了检测, 但由于当前科技水平的限制, 输血仍有某些不能预测或不能防止的输血反应和输血传染病。输血时可能发生的主要情况如下:

1. 过敏反应

2. 发热反应

3. 感染肝炎(乙肝、丙肝等)

4. 感染艾滋病、梅毒

5. 感染疟疾

6. 巨细胞病毒或EB病毒感染

7. 输血引起的其他疾病

在您及家属或监护人了解上述可能发生的情况后, 如同意输血治疗, 请在下面签字。

受血者(家属/监护人)签名 [REDACTED], 2010年4月8日

医师签名 [REDACTED], 2010年4月8日

备注:

