



住院病案首页

医疗机构: 香港大学深圳医院

(卫生机构(组织)代码: 59070844644030411A1001)

医疗付费方式: 全自费

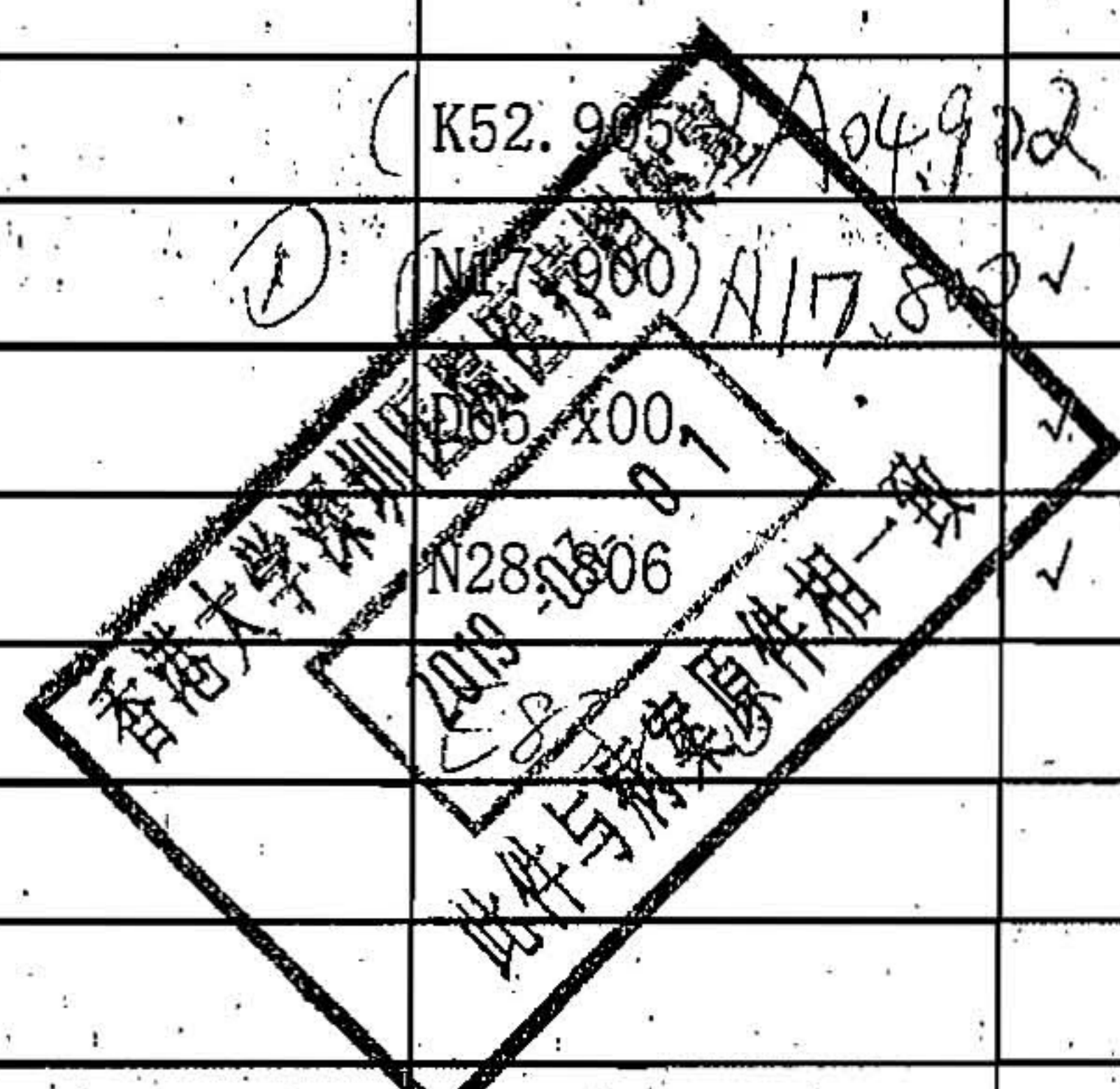
健康卡号: -

第 1 次住院

病案号: -

姓名 性别 ☒ 1.男 2.女 出生日期 1972 年 2 月 19 日 年龄 44Y (Y/M/D)
国籍 中国 民族 汉族 新生儿出生体重 - 克 新生儿入院体重 - 克
出生地 广东省湛江市廉江市- 籍贯 广东省
身份证号 职业 其他 婚姻 ☒ 1.未婚 2.已婚 3.丧偶 4.离婚 9.其他
现住址 电话 邮编 518000
户口地址 邮编 518000
工作单位及地址 单位电话 86913333 邮编 518000
联系人姓名 关系 其他() 电话 18011828546
联系人地址 广东省 深圳市 市辖区 -
入院途径 ☒ 1.急诊 2.门诊 3.其他医疗机构转入 9.其他
入院时间 2016 年 11 月 16 日 21 时 入院科别 消化内科 病房 B2西区
转科 1. 2016 年 11 月 19 日 14 时 肾内科 2. - 年 - 月 - 日 - 时 -
3. - 年 - 月 - 日 - 时 -
出院时间 2016 年 11 月 26 日 9 时 出院科别 肾内科 病房 A1西区 实际住院 10 天
门(急)诊诊断 感染性休克,腹痛查因 疾病编码 -R65.201 门(急)诊医生 陈绍喜

出院诊断		疾病编码	入院病情			
			有	临床未确定	情况不明	无
主要诊断:	急性胃肠炎	(K52.905)				
其他诊断:	急性肾损伤	(N17.802)				
	播散性血管内凝血(DIC)	(D65.X00)				
	右肾周围血肿	(N28.106)				



病例分型 ☒ D.一般 B.急 C.疑难 D.危重 临床路径病例 ☒ 1.是 2.否 抢救 0 次 成功 0 次
损伤、中毒的外部原因 无 疾病编码 -
病理诊断 无
病理号 无 疾病编码 -
诊断符合情况 门诊与出院 ☒ 1.临床与病理 ☒ 0.不需做 1.符合 2.不符合 3.不肯定
药物过敏 ☒ 1.无 2.有 过敏药物: - 死亡患者尸检 ☒ 1.是 2.否
血型 ☒ 3.1.A 2.B 3.O 4.AB 5.不详 6.未查 Rh ☒ 2.1.阴 2.阳 3.不详 4.未查
科主任 白明珠 主任(副主任)医师 李向阳 主治医师 李向阳 住院医师 麦艳芬
责任护士 - 进修医师 - 实习医师 - 编码员 -
病案质量 ☒ 1.甲 2.乙 3.丙 质控医师 李向阳 质控护士 - 质控日期 2016 年 11 月 26 日



知情同意书

糖皮质激素治疗

患者姓名：[REDACTED]	性别：女	年龄：44岁
病人号：[REDACTED]	科室：消化内科	床号：06
诊断：腹泻腹痛待查：肠道感染？重症感染？溶血肾中毒综合征 血小板减少		
<p>患者在进行糖皮质激素冲击治疗过程中可能存在以下风险：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 感染的机率和风险可能增加，如结核、病毒、细菌、真菌等。2. 可能出现血糖异常，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. 可能出现脂肪重新分布、向心性肥胖。5. 可能出现返酸、烧心感，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、躁狂、失眠、抑郁、淡漠、幻觉、妄想等）。8. 可能有较小的机率出现青光眼、视乳头水肿或白内障加重等眼部情况。9. 可能有较小的机率出现过敏反应。10. 可能出现激素耐药、治疗效果不理想等。11. 如患者治疗中或治疗后不遵医嘱，可能会影响治疗效果。12. 其他不可预料的结果。13. 患者在试验过程中需要多次采血，如有必要，在征得患者的同意后，可能会留取少量血液保存在我院的实验室，用于相关的医学科学研究。 <p>上述情况难以预料，医生将尽力防治，但有时仍不能完全避免，我们尽可能提供合理的诊疗方案，以期达到最佳疗效。</p>		
替代的医疗方案：暂无。		
<p>患者或亲属意见：</p> <p>医生已对治疗方案、治疗目的、可能出现的风险和并发症进行了全面的说明和详细交代，我完全理解和接受上述可能出现的风险和并发症，自愿在本院接受和配合治疗，并在此知情同意书上签字。</p> <p>我知道在此治疗期间，我可以随时取消本同意书的决定。</p> <p>患者签名 [REDACTED] 签名日期 2016年 11 月 18 日</p> <p>如果患者无法签署知情同意书，请其近亲属（或法定代理人）在此签名（以下为授权人填写资料）：</p> <p>患者近亲属（或法定代理人）签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>身份证号 _____ 联系电话 _____</p> <p>授权见证人签名（限紧急情况，副顾问以上医生）： _____</p>		

