

# 三门峡市中心医院



## 先天性皮肤缺损病情与治疗知情同意书

患者姓名                      性别 女 年龄 4月7 病历号                     

### 疾病介绍和治疗建议

该患儿目前存在大片皮肤缺损，可见皮下肉芽组织，诊断：先天性皮肤缺损。  
于2018年8月5日8时33分入住我科。正在我病房进行救治，目前病情为：  
☒ 危 ☐ 重 ☐ 一般（在相应情况前划“√”）。

我们将尽全力救治患儿，由于患儿为新生儿，目前大面积皮肤缺损，可能合并感染，并进一步加重，我们将进行密切监测，及时发现病情变化，积极救治。

在住院期间，我们可能对患儿做的特殊检查（治疗）有：☐ 腰穿；☐ 胸穿；☐ 骨穿；☐ 侧脑室穿刺术；☐ CT 检查；☐ 脑干测听检查；☐ 胸片检查；☐ 超声心动检查等。

救治患儿时，必要时可能需要应用：☐ 呼吸支持；☐ 机械通气；☐ 经外周静脉至中心静脉置管术；☐ 输血及血制品（包括白蛋白，丙种球蛋白，血浆等）；☐ 特殊用药如钙剂等；☐ 胸腔闭式引流术；☐ 侧脑室及硬膜下引流术；☐ 高级抗生素；☐ 静脉营养支持等治疗。

### 治疗潜在风险和对策

医生告知我皮肤缺损可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我孩子的医生讨论有关患儿治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与患儿的医生讨论。

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.我理解患儿目前病情及可能发生的风险和医生的对策：

1) 可能出现发热、气促、呼吸困难，出现呼吸衰竭，心力衰竭，水肿，肾功能衰竭等，需严密观察患儿病情，必要时给予机械通气、呼吸机辅助呼吸；

2) 可能出现伤口感染、化脓等严重并发症；

3) 可能合并败血症，出现休克、DIC、化脓性脑膜炎等；

4) 如果需要机械通气、氧气治疗过程中可能发生的并发症，气漏、氧中毒（支气管肺发育不良、早产儿视网膜病常见）等；一旦发生将会延长上机时间，影响预后。

5) 呼吸机治疗、气管插管相关并发症。

6) 患儿日龄、体重小，抵抗力低，病情变化快，有可能住院期间感染进一步加重；医护人员将尽可能避免，对发生的病情变化做到早期发现，早期治疗。

### 特殊风险或主要高危因素

我理解根据患儿个人的病情，可能出现以下并发症或风险：






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患儿将要进行治疗方式、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。
- 我同意在治疗中医生可以根据患儿的病情对预定的治疗方式做出调整。
- 我理解患儿的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到患儿治疗百分之百成功的许诺。
- 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。

患者家属（监护人）签名  与患者关系 父母 签名日期 2018 年 08 月 05 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名 王 签名日期 2018 年 8 月 5 日



# 三门峡市中心医院

## 患者、家属知情同意及知情选择签字书



姓名: [REDACTED]	性别: 女 年龄: 4月	医疗保险号:
科室: NICU一区	床号: 00929 住院号: [REDACTED]	入院日期: 2018.08.05
初步诊断: 先天性皮肤缺损; 新生儿肺炎		
可能需做的大型检查及大致费用: 床边胸片、心脏彩超、肝胆脾胰、双肾		
不同的治疗方案 (在所选择的方案后签字)		
1、保暖、重症监护, 监测生命体征, 加强皮肤护理, 预防感染, 请外科会诊, 补液、完善相关辅助检查, 必要时需手术治疗, 必要时需应用血液制品, 必要时呼吸机辅助呼吸。		
2、仅对症治疗		
3、		
患者或家属签名: [REDACTED]	与患者关系: 父母	
医师签字: [Signature]	时间: 2018-8-5	
备注: 以上几项仅是根据患者当时的病情所定, 若患者在住院期间病情出现变化或发生新的疾病, 可能需加做其他检查或随时调整治疗方案, 将向患者家属说明, 并征得签字同意。		

