

广西医科大学第一附属医院

患者授权委托书

病案号

姓名

性别:男

年龄:45岁8月

科室:神经内科一病区

一、患者声明

我确认以下内容:

1. 我确认本人具备合法资格签署本患者授权委托书,并明白签署本患者授权委托书的含意和法律责任。
2. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
3. 我自愿委托由(受委托人 欧碧玲)作为我在本次住院期间的全权代理人,代理本人行使本次住院期间所有的知情告知同意的权利,代为行使接受、变更、放弃医疗服务的权力,代为行使签署知情同意书、告知书等医疗文件及办理相关医疗手续的权利,受委托人的行为视为本人的行为。
4. 我确认本患者委托书为不可撤销之委托。
5. 我自愿对受委托人的全部代理行为负责。

6. 我确认受委托人签署本患者授权委托书后所产生的所有后果,均由委托人(患者本人)承担。

委托人与受委托人关系: ☒ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属 ☐ 同事 ☐ 朋友 ☐ 其他

委托人(患者本人):

性别:男

年龄:45

联系电话:

有效证件号码:

住址:

日期:2018年5月30日

委托人签名并按指模:

患者无法签字的情况:患者因无法签字,口头委托作为其授权代理人。

见证人: 年 月 日

二、受委托人(委托代理人)声明

我确认以下内容:

1. 我确认本人具备合法资格签署本患者授权委托书,并明白签署本患者授权委托书的含意和法律责任。
2. 我确认所提供之受委托人信息准确无误并且无所保留。
3. 我自愿做患者(委托人)在其本次住院期间的全权代理人,本着维护委托人生命健康等合法权益的原则代委托人行使其在本次住院期间所有的知情告知同意的权利,代为行使接受、变更、放弃医疗服务的权力,代为行使签署知情同意书、告知书等医疗文件及办理相关医疗手续的权利,我的行为视为委托人的行为。
4. 我了解我作为受委托人,应认真谨慎的履行自己的义务和行使权利,并我在委托人本次住院期间所履行的签字手续将全权代表委托人的签字,我的签字视同委托人签字。
5. 我确认本患者委托书为不可撤销之委托。
6. 我自愿对我的全部代理行为负责,并保守在代理过程中知悉的当事人的隐私和秘密。

受委托人与委托人关系: ☒ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属 ☐ 同事 ☐ 朋友 ☐ 其他

受委托人:

性别:女

年龄:44

联系电话:

有效证件号码:

住址:

日期:2018年5月30日

受委托人签名并按指模:

广西医科大学第一附属医院

静脉注射人免疫球蛋白治疗知情同意书

病案号: [REDACTED]

科室: 神经内科一病区

年龄: 45岁8月

性别: 男

姓名: [REDACTED]

一、病情及所需特殊治疗

医生已解释如下病情(诊断):

- 1、四肢麻木疼痛查因: 吉兰-巴雷综合征?
- 2、多发性骨髓瘤 轻链A型 DS-III期 A组 ISS-II期
- 3、乙型肝炎病毒携带者

结合上述病情(诊断)建议做如下特殊治疗:

静脉注射用人免疫球蛋白治疗

二、特殊治疗风险

上述特殊治疗有如下风险:

1. 任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、发热、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。
2. 该治疗可能发生的风险:
 - (1) 神经系统: 头痛、无菌性脑膜炎等。
 - (2) 血液系统: 溶血等。
 - (3) 感染肝炎病毒(乙肝、丙肝等)、艾滋病、梅毒、疟疾、巨细胞病毒或EB病毒。
 - (4) 脱发、眼葡萄膜炎等。
 - (5) 其他潜在血源性感染。
4. 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, 或者在治疗中或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。
5. 如果患者或家属不遵医嘱, 会影响治疗效果。

以上内容为医师所告知的患者病情、所需治疗的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出。具体治疗方案根据不同病人的情况有所不同。

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

我已明白和理解医师告知的全部内容

(请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容)

(患者本人/患者代理人签字)

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案:

1. 肾上腺皮质激素治疗。
2. 免疫抑制剂治疗。
3. 血浆置换治疗。

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险:

1. 肾上腺皮质激素治疗可能存在的风险:
 - (1) 不能很快控制病情, 不能帮助患者尽快脱离机械辅助通气, 增加医疗费用;
 - (2) 可能加重原有病情;
 - (3) 低钾血症、水钠潴留、继发性糖尿病、股骨头坏死、诱发真菌感染等不良反应, 对控制感染增加难度。
2. 免疫抑制剂治疗可能存在的风险:
 - (1) 不能很快控制病情, 不能帮助患者尽快脱离机械辅助通气, 增加医疗费用;
 - (2) 骨髓抑制、诱发真菌感染等严重不良反应;
 - (3) 可能会对肝肾功能、生殖系统造成影响。
3. 血浆置换治疗可能出现的风险:
 - (1) 血制品过敏。
 - (2) 感染经血液传播性疾病。
 - (3) 血浆无法及时获得。
 - (4) 医疗费用昂贵。

四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会:

④ 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息, 并将依据相关法律法规签署同意书

(医生签名)

(签字日期)

五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容:

1. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
2. 我确认所提供的患者信息准确无误并且无所保留。
3. 医生已向我解释静脉注射人免疫球蛋白治疗的相关内容。
4. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
5. 医生已解释患者预后及不进行静脉注射人免疫球蛋白治疗所面临的风险。
6. 医生已向我充分解释患者病情及静脉注射人免疫球蛋白治疗的具体方案, 我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险。
7. 我已了解静脉注射人免疫球蛋白治疗相关风险, 以及这些风险带来的后果。
8. 我同意授权静脉注射人免疫球蛋白治疗相关医生根据治疗中情况选择下一步或其他治疗方案。
9. 我已了解当静脉注射人免疫球蛋白治疗过程中出现针刺伤时, 可能会抽取患者血样进行特殊化验。
10. 我已了解静脉注射人免疫球蛋白治疗中所取标本将由院方处理。
11. 我已了解医生无法保证静脉注射人免疫球蛋白治疗可以缓解患者病情。
12. 我已了解静脉注射人免疫球蛋白治疗中可能留取辅助检查资料, 资料可能被用于教学(辅助检查资料将被处理, 无法从中识别患者)。
13. 我已就患者病情、静脉注射人免疫球蛋白治疗相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述静脉注射人免疫球蛋白治疗, 请签字

(请于横线上抄写, 同意)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述静脉注射人免疫球蛋白治疗, 请签字

(请于横线上抄写: 拒绝)

(患者本人/代理人签名并按指模)

(签字日期)