

# 北京协和医院

## 手术（操作）志愿书

病案号

一般项目	患者姓名	性别	年龄
	科室	病房	床号
风险告知	目前诊断:		
	拟行手术（操作）名称: 骨髓穿刺+骨髓活检		
<p>鉴于患者所患疾病，需实施本项手术（操作），但本项手术（操作）是一种创伤性医疗手段，存在一定的医疗风险，特此郑重向患者或家属告知，施行本项手术（操作）的术中或术后可能发生的意外情况和并发症，包括(但不限于):</p> <p>骨穿、骨髓活检一般是比较安全的，少数病人可有以下并发症:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 麻醉意外;</li> <li>② 出血;</li> <li>③ 感染;</li> <li>④ 周围组织或脏器损伤;</li> <li>⑤ 穿刺不成功;</li> <li>⑥ 其他</li> </ul> <p>如果不进行手术，患者可能面临的风险是:</p> <p>诊断不明确，延误治疗，影响预后。</p> <p>医师签字: _____ 日期: 2013.11.20</p>			



手术 操作 志愿 申请 及授 权委 托声 明	<p>经过医生详细告知，我已充分了解病情及上述风险，并理解这是目前医学上难以避免的风险。经认真考虑，我自愿选择此项手术（操作）治疗，并有充分的思想准备愿意承担可能面临的风险。在此特申请并授权委托北京协和医院为我施行此项手术（操作）。</p> <p style="text-align: center;"><i>我做以上声明</i></p> <p>患者签字: <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>      家属签字: _____      与患者关系: _____</p> <p>签字日期: <u>11.20</u>      签字日期: _____</p>
手术 操作 拒绝 声明	<p>经过医生详细告知，我已充分了解病情及不进行手术（操作）可能发生的后果，经认真考虑，我自主决定拒绝手术（操作）治疗，并且愿意承担因不施行手术(操作)而发生的一切后果,特此签字声明。</p> <p>患者签字: _____      家属签字: _____      与患者关系: _____</p> <p>签字日期: _____      签字日期: _____</p>
备注	

注：1、请在认真考虑后做出您的选择，根据您的决定在相应声明处书写“我做以上声明”字样并签字；  
 2、签字者原则上应为患者本人，家属可以但并非必须同时签字。在患者本人丧失行为能力或因保护性医疗无法签字时，需由其法定代理人或委托代理人作为家属签字。



# 北京协和医院

## 手术(操作)志愿书

病案号

一般项目	患者姓名 <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span> 性别 <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span> 年龄 <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>
	科室 <u>内科</u> 病房 <u>肾内科二病房</u> 床号 <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>
风险告知	目前诊断:
	拟行手术(操作)名称: B超引导下肾穿刺活检术  鉴于患者所患疾病,需实施本项手术(操作),但本项手术(操作)是一种创伤性医疗手段,存在一定的医疗风险,特此郑重向患者或家属告知,施行本项手术(操作)的术中或术后可能发生的意外情况和并发症,包括(但不限于): 1. 麻醉及心脑血管意外. 2. 出血及感染. 3. 肾脏撕裂. 4. 血肿形成. 5. 动静脉瘘、尿瘘. 6. 周围脏器、神经、血管损伤. 7. 急性肾功能损害加重. 8. 穿刺不成功或肾组织少无法出报告. 9. 部分材料自费  若出现上述严重并发症,有可能需要切除肾脏,甚至危及生命,并发症发生后的抢救费用由患者自己担负。  如果不进行手术,患者可能面临的风险是: 诊断不明,贻误治疗。  医师签字: <span style="font-family: cursive;">[Signature]</span> 日期: <u>2013-11-15</u>



手术操作志愿申请及授权委托书声明

经过医生详细告知，我已充分了解病情及上述风险，并理解这是目前医学上难以避免的风险。经认真考虑，我志愿选择此项手术（操作）治疗，并有充分的思想准备愿意承担可能面临的风险。在此特申请并授权委托北京协和医院为我施行此项手术（操作）。

我做以上声明

患者签字：

家属签字：

与患者关系：

签字日期：2013.11.15

签字日期：

2013.11.15

手术操作拒绝声明

经过医生详细告知，我已充分了解病情及不进行手术（操作）可能发生的后果，经认真考虑，我自主决定拒绝手术（操作）治疗，并且愿意承担因不进行手术（操作）而发生的一切后果，特此签字声明。

患者签字：

家属签字：

与患者关系：

签字日期：

签字日期：

备注

注：1. 请在认真考虑后做出您的选择，根据您的决定在相应声明处书写“我做以上声明”字样并签字。  
2. 签字者原则上应为患者本人，家属可以但并非必须同时签字。在患者本人丧失行为能力或因保护性医疗无法签字时，需由其法定代理人或委托代理人作为家属签字。



# 北京协和医院

## 手术/操作/特殊治疗知情同意书

病案号

姓名:

性别:

年龄:

科室:

呼吸科

一、病情及所需手术/操作/特殊治疗  
医生已解释如下病情(诊断):

肺结核

上述情况需如下手术/操作/特殊治疗:  
骨髓穿刺+骨髓活检

### 二、手术/操作/特殊治疗风险

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/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;心包填塞、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. 其他不可预料的情况

骨髓穿刺知情同意书



### 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:

保守治疗

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险:

无法明确诊断, 延误治疗, 病情恶化

### 四、医生声明

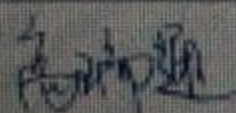
我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗及其风险
- 相关替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会:

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/近亲属/代理人已了解上述信息, 并将依据相关法律法规规定签署同意书

  
(医生签名)

2017.3.10  
(签字日期)

五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容:

- 医生已向我解释手术/操作/特殊治疗相关内容。
- 我已了解手术/操作/特殊治疗相关风险及并发症, 以及这些风险/并发症带来的后果。
- 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 我了解当手术/操作/特殊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。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
- 医生已解释替代治疗方案及其风险。
- 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
- 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
- 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果, 包括本患者最易出现的风险。
- 我了解术中可能留取影像资料, 资料可能被用于教学(影像资料将被处理, 无法从中识别患者)。
- 我已就患者病情, 手术/操作/特殊治疗, 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。

如您确认以上内容愿意选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

同意

(请与横线上方写: 同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2017.3.10  
(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗, 请签字

(请与横线上方写: 拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)



# 北京协和医院

## 手术/操作/特殊治疗知情同意书

病案号

姓名:

性别:

年龄:

科室:

肾内科

一、病情及所需手术/操作/特殊治疗  
医生已解释如下病情(诊断):

肾结石

上述情况需如下手术/操作/特殊治疗:

B超引导下肾穿刺活检术

二、手术/操作/特殊治疗风险

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

1. 麻醉及心脑血管意外
2. 出血及感染
3. 肾脏撕裂
4. 血肿形成
5. 动静脉瘘
6. 周围脏器损伤
7. 急性肾功能损害加重
8. 流产
9. 穿刺不成功或肾组织少无法出报告



### 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：  
根据临床表现进行经验性治疗

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

无法明确诊断  
病情恶化

### 四、医生声明

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况：

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗及其风险
- 相关替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/近亲属/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

高翔 张蒙蒙

(医生签名)

2017.7.20

(签署日期)

五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容：

- 医生已向我解释手术/操作/特殊治疗相关内容。
- 我已了解手术/操作/特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险/并发症带来的后果。
- 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 我了解当手术/操作/特殊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。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
- 医生已解释替代治疗方案及其风险。
- 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
- 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
- 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
- 我了解术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。
- 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、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。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

阿忠

(请与横线上方一致：同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2017.12.24

(签署日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

(请与横线上方一致：拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签署日期)



# 北京协和医院

姓名

病案号

## 化疗同意书

尊敬的患者、家属：您好！

患者诊断为恶性肿瘤，拟行化疗，以利于康复或缓解病情。但就目前医学水平，恶性肿瘤虽经积极治疗仍有较高的死亡率和复发率，由于化疗疗程长，支持治疗要求高，因而耗资较大、费用高，并有一定比例的病人会无效或病情加重。同时化疗药物的毒性反应相当明显，可能对人体产生诸多轻重不一的副作用，如：

1. 胃肠道反应：恶心、呕吐、腹泻、便秘、乃至肠梗阻，严重时可导致脱水甚至休克和死亡。
2. 皮肤、黏膜反应：静脉炎、皮肤坏死溃疡、永久性不愈合。脱发明显影响美观。口腔、食道和肛周溃疡感染穿孔。
3. 骨髓抑制：导致白细胞、血小板、血色素下降，继发感染、出血等并发症，严重时可能危及生命；骨髓抑制严重时可能导致骨髓造血永久性不能恢复。
4. 药物过敏，严重时可出现过敏性休克，或发生肝、肾等多脏器功能障碍或衰竭，危及生命。
5. 输液中可能出现不良反应。
6. 心脏毒性，心律失常，心肌缺血，诱发冠心病发作。
7. 血液动力学改变；如血压降低或升高。
8. 急性喉痉挛。
9. 如需进行腰椎穿刺行鞘内注射，可能出现不同程度的发热、头痛、呕吐、局部疼痛等反应，极个别情况患者可发生截瘫、痴呆等中枢神经系统的损害。
10. 个别药品可能出现的特殊不良反应（例如听功能损害等）及其它不可预料的情况。

如出现以上情况医务人员将尽力抢救，但是相关的一切费用均属正常医疗费用。我作为患者的主管医师，已向患者家属详细讲解了上述同意书。

医师（签名）：

签字日期：2017年4月10日

我已仔细阅读了上述同意书，并听取了医师的讲解，表示理解和同意，同意在医院的安排下接受治疗。

患者（签字）：

签字日期：2017年4月10日

我已仔细阅读了上述同意书，并听取了医师的讲解，表示理解和同意。我要求医院为病人安排此项治疗，但基于对病人的保护，防止这份文书给病人造成不良影响，我要求由家属代替病人签字。

患者家属（签字）：

与患者关系：

签字日期：2017年4月10日

姜建（夫妻）