

北京大学第一医院

静脉溶栓治疗知情同意书

患者 因病情需要，需行静脉溶栓治疗。该治疗过程中及治疗后可能出现：

- 1、 药物过敏，严重时导致过敏性休克。
- 2、 出血（如皮肤黏膜、消化道、泌尿系、脑等部位），严重情况如消化道大出血、失血性休克，脑出血可能危及患者生命。
- 3、 溶栓不成功。

以上情况已向患者/家属解释清楚，患者/家属是否同意溶栓治疗，请签字：

家属意见： 同意

家属签字：

与患者关系： 女儿

主管医师：

日期： 2019-04-21

抗血小板及抗凝药物使用知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 29岁 病房: 呼吸监护室 病历号: 02410615

患者 [REDACTED] 因病情需要使用

(1) 抗凝药物: 低分子肝素、华法林

(2) 抗血小板药物: 拜阿司匹林、波立维

(3) 其他: 利伐沙班、达比加群

使用该类药物有预防血栓形成的作用, 对改善患者的预后有益。但使用该类药物有导致机体出血的可能, 如消化道出血、咯血、皮肤瘀点瘀斑, 严重时有颅内出血的可能。我们会根据病情变化及时调整用药, 并采取相应的措施。

是否同意



否

家属姓名

[REDACTED]

与患者关系

父子

医师签字

[Handwritten signature]

日

时

2019.09.21