



无锡市中西医结合医院
无锡市第三人民医院
医患沟通记录

姓名: [REDACTED] 床号: 2106 科别: 烧伤整形科 病区: A21区 住院号: [REDACTED]

谈话时间: 2019-01-22

谈话地点: 患者床边

参加人员: 朱宇刚、杜勇医师, 患者及家属

谈话要点:

- (1) 入院诊断: 全身多处烧伤后瘢痕增生伴挛缩
- (2) 治疗措施: 完善相关实验室检查, 排除手术禁忌, 择期手术, 术后予以抗感染等治疗, 辅以换药。
- (3) 特殊检查项目: 肝肾功能、凝血功能、肝炎表面标志物、梅毒及心电图等检查。
- (4) 病情预后: 激光需多次治疗; 治疗效果患者及家属不满意; 治疗过程中及治疗后有疼痛不适, 治疗后创面出现破溃及感染可能; 其他不可预料的后果。
- (5) 其它: —

请您认真听取我院医护人员的医患沟通告知并慎重考虑, 如有不明白之处, 请及时提出来要求医护人员解释, 签名后即具有相关效力。

患者或家属签字:

[REDACTED]

家属与患者关系:

医师签字: 杜勇

备注:

[Signature]



无锡市中西医结合医院
无锡市第三人民医院
医患沟通记录

姓名: [REDACTED] 床号: 2106 科别: 烧伤整形科 病区: A21区 住院号: [REDACTED]

谈话时间: 2018-12-29

谈话地点: 患者床边

参加人员: 朱宇刚、杨敏烈、杜勇医师, 患者及家属

谈话要点:

- (1) 入院诊断: 1. 颌颈部及四肢瘢痕伴溃疡 2. 双侧颈部扩张器置入术后
- (2) 治疗措施: 完善相关实验室检查, 排除手术禁忌, 择期手术, 术后予以抗感染等治疗, 辅以换药。
- (3) 特殊检查项目: 肝肾功能、凝血功能、肝炎表面标志物、梅毒及心电图等检查。
- (4) 病情预后: 瘢痕继续增生, 手指功能欠佳, 影响外观及功能; 创面愈合不良, 瘢痕增生, 影响功能及外观。
- (5) 其它: 一

请您认真听取我院医护人员的医患沟通告知并慎重考虑, 如有不明白之处, 请及时提出来要求医护人员解释, 签名后即具有相关效力。

患者或家属签字:

[REDACTED]

家属与患者关系:

医师签字:

杜勇

备注:

[REDACTED]



无锡市中西医结合医院
无锡市第三人民医院
特殊治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别:女 年龄:22岁 病区:A21区 床号: 2106 住院号:[REDACTED]

病情介绍和治疗建议:

根据患方所陈述的病情、存在的症状及相关检查,目前拟诊断为 全身多处烧伤后瘢痕增生伴挛缩。
由于病情需要,为了进一步治疗,经治医师建议于 2019年01月23日采取 全身多处激光祛红及祛疤治疗。

潜在风险告知:

该治疗是一种对人体有创伤性、高风险及高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素,由于已知和无法预见的原因,本治疗方案有可能会发生失败、并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,该治疗前后及治疗时仍有可能发生如下的医疗风险:

1. 激光需多次治疗;
2. 治疗效果患者及家属不满意;
3. 治疗过程中及治疗后有疼痛不适;
4. 治疗后创面出现破溃及感染可能;
5. 其他不可预料的后果。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险,但由于现有医疗水平所限,仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况,医务人员会采取积极应对措施,但仍有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

患方知情选择:

1. 医务人员已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能存在的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法及其弊端。

2. 对其中的疑问,我已得到医务人员的解答,经自主选择同意已拟定的治疗方案。

3. 我同意在治疗中医务人员可以根据病情对预定的治疗方式做出调整,我并未得到该治疗百分之百成功的许诺。

患者/授权委托人/法定代理人签名: [REDACTED] 签名日期: 19年1月22日

与患者关系:

医务人员陈述:

1. 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、可能存在的其他治疗方法 ——,并且解答了患者关于此次治疗的相关问题

经治医师签名: [REDACTED]

签名日期: 年 月 日

2019 01 22

注: 此同意书一式两份,一份由患者保存,一份病历留存。



无锡市中西医结合医院 无锡市第三人民医院 手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别:女 年龄:22岁 病区:A21区 床号: 2106 住院号:[REDACTED]

病情介绍和治疗措施:

患者拟诊为 全身多处烧伤后瘢痕增生伴挛缩 , 需要在 基础 麻醉下进行 全身多处皮肤病损激光治疗术 手术。

手术目的: ①进一步明确诊断②切除病灶 (可疑癌变/癌变/功能亢进/其他)

③缓解症状④其他 减轻瘢痕,抑制瘢痕增生

预期效果: ①疾病诊断进一步明确②疾病进展获得控制/部分控制/未控制

③症状完全缓解/部分缓解/未缓解④其他 减轻瘢痕,抑制瘢痕增生

手术潜在风险告知:

手术是一种高风险、高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素,绝对安全又没有任何风险的手术是不存在的。又由于已知和无法预见的原因,本手术有可能会发生失败、并发症、损伤邻近器官或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,手术仍有可能发生如下医疗风险:

- ☒1. 麻醉过程中,可能发生呼吸、心脏骤停等意外危险。
- ☐2. 手术过程中,因病变浸润、炎症、解剖异常等因素,可能发生术中难以控制的出血,并有损伤、切除邻近脏器或组织的可能,手术中发现病变不能切除,则行姑息性手术或仅作探查。
- ☒3. 术后可能发生切口感染、化脓、瘻或窦道形成,切口不愈合,组织和器官粘连,术后再出血或再次手术的可能以及心、肝、肺、肾、脑等器官或系统的并发症或疾病本身发展所致的不良转归。
- ☒4. 激光需多次治疗。
- ☒5. 治疗效果患者及家属不满意。
- ☐6. 治疗过程中及治疗后有疼痛不适。
- ☐7. 治疗后创面出现破溃及感染可能。
- ☒8. 其他不可预料的后果。

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险,但由于现有医疗水平所限,仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度的人身损害的不良后果。

患者知情选择:

1. 医务人员已经告知我将要进行的手术方式、此次手术中及手术后可能存在的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法,并且解答了我关于此次手术的相关问题,我同意已拟定的手术方案。
2. 我同意在操作中医务人员可以根据患者病情对预定的手术方式做出调整。
3. 我理解此项手术需要多位医务人员共同进行。
4. 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
5. 我授权医务人员对手术切除的癌变器官、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/授权委托人/法定代理人签名: [REDACTED] 签名日期: 2019年01月22日

与患者关系:

医务人员陈述:

1. 我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在



无锡市中西医结合医院
无锡市第三人民医院
手术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别:女 年龄:22岁 病区:A21区 床号: 2106 住院号:[REDACTED]

的其他治疗方法 ____, 并且解答了患者关于此次手术的相关问题

经治医师签名: 杜勇

签名日期: 2019年01月22日

手术医师签名:

签名日期: 2019年01月22日

注: 此同意书一式两份, 一份由患者保存, 一份病历留存。