

河北省人民医院  
入院告知书

姓名: 性别: 年龄: 科室: 肾内科病区 床号: 病案号:

尊敬的患者或授权（法定）代理人：

您好！首先欢迎您入住我院，感谢您对我院的信任和支持。为了使您能够早日恢复健康，保证就医安全，现将您在我院就医期间注意事项告知如下，希望能够得到您和家人的配合。

您享有的权利和义务：

一、在我院就诊中您享有的权利：

- 1、您享有医疗救治、预防保健服务的权利。
- 2、您享有知道疾病诊断、病情进展、医生建议的诊疗方案、医疗费用、相应风险、疗效及愈后的权利，医务人员会将有关情况向您说明，对医务人员的解答，如您有不明确之处，请及时提出。您对医生提出的治疗方案享有选择权和决定权。
- 3、您身体出现不适或需要帮助时，请使用床头呼叫器呼叫医务人员，或者通过其他方式通知医务人员，我们将及时为您提供医疗、护理服务。
- 4、您可以书面委托您具有民事行为能力的近亲属作为您的代理人，代您行使相关的知情同意权利和诊疗选择决定权利及相关的签字事宜。
- 5、您有权利复印法律规定范围内的病历资料。
- 6、我院尊重您的隐私权，您可以要求医生对您的病情进行保密。
- 7、如果发生医疗纠纷，您可向医院接待投诉部门反应并协商解决，或向卫生行政部门申请进行医疗事故技术鉴定，或向人民法院提起诉讼。
- 8、在诊治过程中，如对医务人员用药存在异议或出现过敏反应，您有权要求对争议药品予以封存，并有权提交合法机构进行鉴定，对封存的药品，因不及时申请鉴定，导致无法判断事实，医院将不承担责任。
- 9、在诊治过程中，为提高工作效率，对相同治疗（检查）措施可能存在的风险，医院不再重复告知，不再通知您重复填写知情同意书。如您有特殊要求，请书面提出。

二、在我院就诊中您应履行的义务：

- 1、您必须提供真实的个人信息，包括姓名、性别、年龄、身份证、地址、联系方式及报销类别等。根据您的陈述，医务人员填写的患者个人信息，您应当履行核实义务，发现个人信息填写错误，您应当要求医务人员即时予以更正，因个人信息错误，可导致无法报销医疗费用等后果。
- 2、您必须向医务人员详尽如实地提供与您健康有关的一切情况，患者主诉、现病史，既往病史、诊治经过、药物过敏史、家族史等均是根据您的陈述，由医务人员填写的，如发现填写错误，您有权要求即刻予以更正，一旦录入病历，将视为所有信息均正确



河北省人民医院  
入院告知书

姓名: 性别: 年龄: 科室: 肾内科病区 床号: 病案号:

无误,特此告知。凡因隐瞒病情而发生延误诊治、影响报销等情况,后果自负。

3、请您和家属遵守医院的规定和制度,听从医务人员的指导和安排,不要擅自翻阅,更不得擅自拿取病历和其他医疗记录,如欲了解病情可向主管医师垂询。对于擅自拿取的病历,医院将不再保证其完整性和真实性。

4、入院后请您遵守医院规定,住院期间请勿擅自离开医院及外宿,以免发生意外。由于您擅自离开医院或者外宿而引起的任何意外情况后果自负,我院不承担任何责任。具有完全民事行为能力的患者,如果因个人行为造成意外伤害时,我院不承担任何责任。

5、不要在病室内大声喧哗或做其他与诊疗无关且有碍医疗秩序的事情。

6、您需要进行特殊检查、特殊治疗、手术时,在医生充分告知的前提下,您应签署知情同意书。文书一经自愿签署,即具有相应法律效力,对您正确行使自己的合法权益具有重要意义。

7、您应遵从医务人员根据您的病情为您定制的合理饮食以及合理生活建议。

8、您应遵从医生的医嘱,积极配合治疗、按时出院。出院后,您应该按照医生的医嘱进行活动、休息、继续诊治并且保证定期复诊。

9、您应及时足额缴纳医药费用,如果由于医药费用不到位延误诊疗从而导致不良后果,我院不承担责任。经两次告知,仍不缴纳医疗费用的,医院有权终止治疗,办理出院手续。

10、您不能要求医务人员为您提供虚假医学文书和票据。

11、您不能要求医务人员提供额外的、与患者无关的医疗服务。

12、住院期间未经主管医师同意您不得擅自到院外就诊、购药、私自请医师来我院会诊及采取其他治疗手段,否则由此发生的不良后果自负。

13、为确保安全,严禁在病区、病室内吸烟、饮酒,严禁使用电炉、酒精炉、电饭煲、电暖气、充电器及其他家用电器,违者医院有权终止您的治疗,并要求办理出院手续,造成火灾的,您应承担相应法律责任。

14、为了保障患者生命安全,保证医务人员执行医疗行为,病室门不得反锁、拴死。

15、科室微波炉仅供患者热饭使用,请使用微波炉专用器皿,遵守微波使用时间和规则。

16、患者及家属请勿擅自操作热水锅炉,违反规定造成不良后果,我院不承担任何责任。

17、病区会定期进行紫外线照射消毒,请患者及家属配合,消毒期间禁止进入病房。

18、病房为公共场所,患者及家属个人的手提电脑、现金、证件、手机、住院押金条、餐卡等贵重物品请自行妥善保管,防止





河北省人民医院  
入院告知书

姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED] 科室: 肾内科病区 床号: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]

丢失。如不慎丢失请及时报案, 我院会予以配合。

19、除入住 ICU 病房外, 对普通病房患者, 医院无法完全提供专人 24 小时不间断看护, 住院患者应安排家属陪床, 陪床人员负责患者生活协助及安全管理, 防止患者出现坠床、摔倒、走失、自杀、伤人等意外。

20、为保证安全, 请家属切勿和患者同睡一张床, 若因此发生坠床而造成的后果, 我院不承担任何责任。

21、病房内禁止携带使用折叠床、泡沫板、被褥等地铺用品。

22、请您爱护公共财物, 自觉保持医院公共场所卫生清洁, 维护病房安全、安静, 请您不要干扰其他患者诊疗。请您不要泄露其他患者的病情和隐私。

23、如果您在本院被确诊为法定传染病, 医院将依法规定对您采取相应的诊疗措施或转专科医院进行治疗, 或限制您的某些人身自由, 您应该积极配合。

24、医务人员在为您提供医疗服务过程中, 请您尊重医务人员的合法权利, 不得向医务人员提过分要求, 更不得辱骂、殴打医务人员。

25、一旦发生医疗纠纷, 请您按正常程序处理, 绝不能采取过激手段, 扰乱医院正常诊疗秩序, 否则承担相应法律责任。

26、患者在诊治过程中, 如不幸去世, 为查明死因, 患者亲属有权在 48 小时内要求进行尸体解剖。在有冷藏尸体的情况下, 申请尸体解剖的时间最长不超过一周。患者亲属拒绝或延误尸体解剖, 导致无法明确死因的, 会影响主张权利。

27、我院为河北医科大学附属医院, 承担河北医科大学临床各专业教学任务, 请您积极配合临床教学工作。临床教学活动涉及到门诊和住院的相关医疗过程中, 我们在临床教学活动中将充分保护您的隐私。感谢您对我院临床教学工作的理解以及对医学人才培养的大力支持。

上述内容, 请签字前仔细阅读, 一经签署, 视为患者自愿同意接受并遵守医院告知的权利和义务。

患者或委托(法定)代理人签字: [REDACTED]

2018年 3月 23日 9 时 03分

告知医生签字: [REDACTED]

2018年 3月 23日 09 时 00分



河北省人民医院  
肾穿刺活检术知情同意书

姓名: 性别: 年龄: 科室: 肾内科病区 床号: 病案号:

告知内容:

1、病情介绍和治疗建议:

医生已告知我患有急性肾损伤,需要在局部麻醉下进行肾穿刺术。

(1) 经皮肾穿刺活检术是在超声引导下或定位后以穿刺针经皮取得活体肾脏组织的一种检查方法,通过肾活检术获取的肾组织将进行光镜、电镜及免疫病理检查,为明确临床工作中肾脏疾病的诊断提供病理依据并可进一步指导治疗。因此肾活检术对肾脏病的临床工作具有不可替代的重要作用。其意义在于以下几个方面:  
明确肾脏疾病的病理变化和病理类型,并结合临床作出疾病的最终诊断。

根据病理变化、病理类型和严重程度制订治疗方案;

根据病理变化、病理类型和严重程度判断患者的预后;

(2)在某些情况下需要进行重复肾活检,可协助了解该种肾脏疾病的变化发展、判断治疗方案的效果,为治疗计划的继续实施或修正提供依据。

2、肾穿刺活检术潜在风险和对策

有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术方式根据不同病人的情况可能有所不同,患者可与医生讨论有关手术的具体内容,如果有特殊的问题可与医生讨论。

1.任何手术麻醉都存在风险。

2.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.肾穿刺技术毕竟是一种有创伤的检查,尽管穿刺技术不断改进,安全性越来越高,但并发症仍不可能完全避免。可能发生的风险:

镜下血尿或肉眼血尿;

肾周血肿;

肾动静脉瘘形成,可能会出现肾脏严重出血、顽固性高血压及肾功能衰竭;

损伤周围脏器、血管;

继发感染;

疼痛、呕吐;

穿刺失败;

术后需要卧床 24 小时或更长时间,在个别高危患者中可能会并发深静脉血栓形成。

其它难以预料的意外情况。

4.当发生穿刺后出血等并发症时,需延长卧床时间,必要时还需要输血、甚至需要动脉栓塞止血或手术治疗。

5.如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝功能不全、出凝血功能障碍、感染性疾病或存在腹部手术史时,以上这些风险可能会加大,或者在治疗过程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。



河北省人民医院  
肾穿刺活检术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: [REDACTED] 科室: 肾内科病区 床号: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]

6. 如果患者的体位不当或不遵医嘱, 可能影响手术效果。

对于上述并发症的发生, 医生将会按照医学治疗原则进行常规预防, 但可能难以完全避免, 若发生上述风险及意外情况, 医生会采取积极的救治措施。

被告知人意见:

1、我对上述内容知情并理解, 且我并没有得到治疗百分百成功的许诺;

2、我(同意或拒绝) 同意 进行肾穿刺活检术, 有充分的思想准备承担可能面临的风险及由此增加的医疗费用。

特此签字为证:

患者或授权(法定)代理人签字: [REDACTED]

代理人 与 患者 关系: 本人

授权(法定)代理人通信地址:

联系电话:

授权(法定)代理人工作单位:

2018 年 3 月 28 日 17 时 05 分

医生陈述:

我已经告知患者或授权(法定)代理人有关肾穿刺活检术的目的、意义和可能发生的并发症及风险, 并且解答了肾穿刺活检术的相关问题。

告知医师签名: 王

2018 年 3 月 28 日 17 时 00 分

