

昆明医科大学第一附属医院 治疗操作同意书

患者姓名: [] 性别: 男 年龄: 38岁
科室: 耳鼻喉二科(鼾症及睡眠监测中心) 住院号/门诊号: []
特殊疾病史: 过敏史: 否认
【当前诊断】1. 颈动脉体瘤术后 2. 睡眠呼吸暂停 3. 低氧血症 4. 嗜睡 5. 高血压 6. 精神障碍
【建议操作名称】多导睡眠呼吸监测 无创呼吸机(CPAP治疗)
【目的】明确诊断, 改善通气及缺氧
【拟行操作日期】2017-9-10 佩戴呼吸机型号: 飞利浦伟康
操作医师: 杨曦 第一助手: 聂锐 其他助手: []
【替代医疗方案】根据您的病情, 目前我院主要有如下治疗方法和手术方式:
控制体重, 佩戴呼吸机治疗或气管切开

医院告知: 操作过程中或者之后可能发生以下情形:

- 1、需配合医师夜间先行多导睡眠呼吸检查明确诊断;
- 2、睡眠监测和使用呼吸机请按医师指导及产品说明书进行, 勿按个人理解随意操作;
- 3、治疗期间需忌烟酒, 注意口腔卫生;
- 4、睡眠监测安装电极或佩戴呼吸机面罩引起头面部皮肤过敏性皮炎、溃疡等, 严重时需医院治疗。
- 5、佩戴呼吸机需一段时间适应后方能习惯, 个别患者佩戴后憋闷不适感、异物感长期存在, 入睡困难可能;
- 6、呼吸机面罩为硅胶材料, 需定期清洗, 限本人使用, 禁止予他人使用;
- 7、睡眠监测及呼吸机治疗期间突发其他心脑血管意外及其他不可预知的情况、风险及意外可能。

患者陈述: 本人已经认真阅读了以上内容和备注中所声明的事项, 知悉术前检查、诊断以及为我(患者)实施操作医师的姓名。在 杨曦 医师以通俗的语言进行了详细解释了该操作的风险和可能出现的并发症、副损伤及其他不良后果, 本人已经完全了解了治疗目的、操作前后注意事项以及本操作同意书的全部内容。经慎重考虑决定完全同意接受该项特殊操作, 并承担相应风险和后果。

本人郑重授权: 检查医师在为我(患者)进行检查、操作的过程中, 如出现操作同意书未预先告知且无法预料的特殊情况, 为了我的健康或抢救我(患者)的生命或者为了我(患者)的根本利益, 检查医师可以根据具体情况和抢救治疗原则, 实施相应的医疗措施。

三级医师签字: [] 二级医师签字: [] 一级医师签字: []
患者本人签字: [] 患者亲属(限近亲属)/监护人签字: []
患者授权的其 与患者关系: []

签字时间: 2017年 9月 10日 20时 00分 签字地点: 昆明医科大学第一附属医院

注: (1) 患者为完全民事行为能力人时, 由患者本人签字; 患者处于昏迷或麻醉状态时, 由患者授权的人或其近亲属签字; 患者为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人时, 或者应患者近亲属要求, 对患者实施保护性医疗措施时, 由其监护人或者近亲属签字。(2) 患者的近亲属是指其配偶、父母、祖父母和外祖父母、成年子女和兄弟姐妹。(3) 根据《侵权责任法》及《医疗机构管理条例》之规定, 紧急抢救情况下因抢救患者生命需要, 如患者身边无近亲属(或监护人), 可由护送患者就诊的单位领导、同事、朋友等相关人员签字, 由之产生的不良后果由患者或患者的监护人承担责任。(4) 鉴于医院工作的局限, 患者近亲属或其他委托代理人与患者关系的真实性由签字人自行负责。

昆明医科大学第一附属医院医务部、云南瑞阳律师事务所联合制定(2012) 版权所有, 未经许可, 不得使用