

四川大学华西医院
住院患者知情同意书



患者姓名: [REDACTED]

科室: [REDACTED]

登记号: [REDACTED]

尊敬的患者、患者代理人或近亲属:

您好!感谢您对我院的信任,我院将为您提供优质的医疗服务,并希望您对我们的服务随时提出宝贵意见和建议。医院是诊疗疾病的场所,我院根据相关法律法规作出以下告知:

1. 住院期间请患者不要擅自外出

擅自外出可能发生如下后果:(1)病情加重、恶化,出现出血、严重感染等并发症;(2)院外意外伤害;(3)猝死或非医源性意外死亡;(4)病情变化无法及时诊治;(5)各类医疗保险报销障碍风险;(6)其他的无法预料的意外;(7)住院患者外出超过24小时,医院可按自动出院处理;(8)医院是公共场所,住院患者擅自离院,一切后果自负。

2. 为了便于患者的诊治,住院期间的检查均由中央运输联系和接送

患者外出检查过程中需注意如下事项:(1)预约的检查,请按照预约单的要求做好准备;(2)外出检查过程中,请穿好衣服,注意保暖,防止受凉;(3)如果病情有特殊要求,请先告知推送检查的运输员;(4)运输员循环推送患者,不是一对一服务,到达检查点后请在检查室外排队等候检查;(5)患者外出检查过程中,建议家属尽量陪同;(6)做完检查后请在检查室外等候,不要自行离开,以便运输员推送患者回病房;(7)如果运输员未及时赶到,请拨打电话85422109/85423125,若自行离开,可能发生以下不良后果:1)病情加重、甚至猝死,2)迷路耽误时间而影响其他治疗或检查等,3)意外伤害,如走失、摔伤,4)病情变化而不能得到及时诊治等。

3. 我院系教学医院,为了医学事业的发展,有医学生和试用期医学毕业生在临床带教教师和指导医师的监督、指导下实施以下临床实践活动:接触观察患者、询问患者病史、进行体格检查、查阅患者有关资料、参与分析讨论患者病情、书写病历、填写各类检查、处置单、医嘱和处方,对患者实施有关诊疗操作,参加有关的手术等。

4. 用药有风险,所有药物在发挥治疗作用的同时都有不同程度的毒副作用,少数病人用药后可能发生过敏反应和其他严重症状,甚至危及生命。这是由于基因多态性决定且在用药

前难以预测，一旦患者在用药后感到任何不适，请及时告知医务人员。

5. 医保患者应于办理入院后 3 日内完成医保登记，并将医保卡复印件、身份证复印件交病房护士站存档，否则造成出院结算时不能报销后果自负。

患者、患者代理人或近亲属意见：

1. 我已知晓并理解上述内容和相关风险，并承诺因不履行或延误履行上述义务而发生不良后果的，由患方自行承担。

2. 我已知晓当患者因为知识有限，难于单独作出决定时，可自行聘请医学顾问作出决定。

3. 我已知晓并同意当患者失去民事行为能力时，由患者近亲属代为履行其法定权利与义务。

患者近亲属或者代理人应定期探视或陪伴患者、了解病情、交纳医疗费用、并处理与患者有关的其他事务等。因近亲属或代理人不履行或延误履行相关义务产生的不良后果由患方自行承担。

4. 本次住院若违反医保流程规定、或属冒名顶替、因打架、斗殴、酗酒、自伤、自残、自杀、戒毒、性传播疾病和交通事故、医疗事故等其它由第三方责任引起并进行医保报销，自愿承担包括退回已付医疗费用、罚款、取消医保资格等一切法律后果。

患者签名：

联系电话：

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在以下签名：

患者授权的代理人或近亲属签名：

与患者关系： 根。

联系电话：

2019年10月18日

医务人员陈述：

我已告知患方上述文书的相关内容。

医护人员签名：

2019年10月18日

四川大学华西医院 标本留取知情同意书

患者姓名:

登记号:

项目名称: 四川大学华西医院临床遗传资源收集

四川大学华西医院遗传资源中心采集和储存的疾病资源标本主要用于疾病预防和诊治等方面的科学研究, 以保障开展科学研究和提高生物医学水平为目的, 为医药科学技术的研究和发展储备遗传资源。

我们将在不影响临床检测、病理诊断及治疗的前提下, 收集您在诊断和治疗中产生并常规废弃的标本(血液、活检或手术中切除后废弃的组织等)及相关病历资料, 我们对上述标本的收集不会给您增添任何痛苦和风险。收集到的标本将以编号的方式进行研究, 您的个人信息将会被严格保密。您所捐赠的标本将为医学研究做出贡献, 但它不给您带来直接的经济利益。

您同意留取标本完全出于自愿, 我们采集的疾病资源标本将在有效期内保存并用于以科学目的的研究, 若您现在同意捐赠而将来要求退出, 对您的医疗不会带来任何负面影响。在样本有效期过后或您退出捐赠, 标本将被销毁。

患方陈述:

本人已经仔细阅读了本知情同意书的全部内容, 对上述告知内容我已经完全理解, 经慎重考虑, 决定接受(☒) / 拒绝(☐) 参加标本捐赠。备注: 请在()选项内打“√”。

患者(签名): _____, 2017年10月18日

如果患者无法或不宜签署知情同意书, 请其近亲属或授权的代理人在此签名:

患者近亲属或授权代理人(签名): _____, 2017年10月18日

医务人员陈述:

我已经告知患者留取标本的目的、留取标本的内容、可能的收益和风险、捐赠标本的自愿原则、个人信息的保密等并且解答了患者关于此次留取标本的相关问题。

医务人员(签名): _____, 2017年10月18日