

青岛市市立医院 医疗过程中医患双向承诺书

为优化医疗服务,提高医疗质量,确保良好的医疗秩序,医患双方应相互尊重,建立平等和谐的新型医患关系,青岛市市立医院(以下简称医院)与在市立医院住院的患者双方作出如下承诺:

一、医务人员向患者做出以下承诺:

- (一)向病人及家属介绍医疗组及医疗人员;
- (二)善待患者,态度和蔼,语言文明,热情服务;
- (三)认真听取患者或家属的病史陈述,制定安全、有效、合理的治疗方案;
- (四)为医清廉,不收“红包”,不接“回扣”,不直接向病人推销药品;
- (五)尊重患者权利,为患者保守隐私;
- (六)严格执行物价标准,实行标准收费和结算清单制,对要求提供特需医疗服务者,按规定收费;
- (七)严格执行医疗操作规程,确保无医疗事故;
- (八)医务人员在下述情况下,可以本着尊重病人生命的原则,行使特殊干涉权:
 - 1.抢救急危重病人时;
 - 2.患者或家属提出的要求违背医疗原则、危及病人生命时;
 - 3.患者失去行为控制能力而妨碍医疗时;
 - 4.患者预知的病情不利于其治疗和预后时。

二、患者享有以下权利,并应做到以下承诺:

(一)患者享有的权利

- 1.有选择医疗组和医生的权利;
- 2.有对本人病情及治疗方案知情的权利;
- 3.有要求医院解释所付医疗费用的权利;

(二)患者应做出的承诺

- 1.自愿遵守院规,服从医疗,遵从医嘱,维护医院正常的医疗秩序;
 - 2.尊重医务人员的权利,不干涉医务人员的诊疗,不苛求医生开具假病历,假证明和加开与病情无关的药物、器械;
 - 3.尊重医务人员的人格,不得向医务人员赠送“红包”、礼品和宴请;
 - 4.按时交纳医药费。
- 三、双方约定,医院与患者因医疗活动产生的纠纷,一致同意提请青岛仲裁委员会仲裁,仲裁裁决为终局裁决,对双方均有法律约束力。
- 四、青岛市市立医院已向中国人民保险公司青岛分公司投保医疗责任保险,医疗纠纷经仲裁裁决或法院判决医院承担赔偿责任的,中国人民保险公司青岛分公司将按保险规定承担赔偿责任。
- 五、患者如发现医务人员在职业道德方面有违背承诺之行为,可随时向医院纪检监察部门反映,医院在调查属实后,按有关规定严肃处理。
- 六、患者如有违背承诺之行为,应承担相应法律责任。
- 七、本双向承诺书具有合同效力,由医院医务人员代表签字,患者本人和患者家属签字,双方签字后生效。
- 八、本承诺书一式两份,医院和患者各存一份。

承诺双方签字

患者本人签字: 

患者家属签字: 

(与患者关系: 

2019年7月23日

2019年7月24日

注:如患者不同意医疗纠纷由青岛仲裁委员会仲裁,可持第五条

对所发生的一切医疗纠纷,双方一致同意通过法律途径手段解决。

青島市市立醫院

介入治療术前談話記錄及知情同意書 (腎動脈性塞)

患者姓名: [] 性別: 女 年齡: 41 科室: 心內 ID: [] 住院號: []
患者或授權委託人: []

當患者因病在我院行介入治療時, 依我國有關法律、法規、醫療行政管理制度, 介入科醫師應在介入术前向患者或其授權委託人詳細說明病情狀況、擬行介入手術方式及手術後的风险等情況, 以下為告知內容, 請認真閱讀並簽字。

一、介入术前診斷

介入治療目的

☒ 止血

☐ 改善手術條件

☐ 控制腫瘤進展

其他: []

根據患者各項臨床檢查資料以及以上原因, 患者具有介入治療適應症, 我們決定為患者施行介入治療。

三、擬行介入方案

腎動脈介入栓塞術

四、擬行介入指征

根據診斷、分型及各項臨床檢查結果, 患者具有介入治療適應症, 無禁忌症, 擬行介入治療。

五、替代方案: 根據您的病情, 目前主要還有如下治療方法

☐ 靜脈口服藥物治療 ☐ 對症支持及其他治療等 ☐ 其他: []

六、術中使用或可能使用的高低值耗材 (医保患者需自負部分費用)

☒ 微導管 ☒ 微導絲 ☒ 栓塞顆粒 ☐ 彈簧圈 ☐ 其他: []

七、擬行介入治療可能發生的情況及其風險

介入治療存在一定醫療風險, 特此將可能發生的情況或授權委託人告知, 施行該手術過程中可能發生的情況及風險包括但不限於以下內容:

- 藥物過敏反應 (包括造影劑、栓塞藥物和麻醉藥物等);
- 穿刺部位出血、血腫、血管損傷等;
- 導管導絲等介入器械打折、斷裂、嵌頓;
- 誘發或加重原有性脈病、心腦血管意外等, 嚴重者可危及生命;
- 誘發或加重重要臟器功能衰竭, 嚴重者可導致死亡;
- 栓塞後胸背部腹痛背痛、發熱等栓塞後綜合症;
- 術後繼發性高血壓;
- 感染、血栓形成、膿腫形成;
- 手術不成功, 或合併嚴重預後不良因素導致介入治療效果不理想;
- 介入治療後下肢缺血可能加重, 甚至發生缺血性壞疽;

其他难以预料的，危及患者生命安全或致残的意外情况。

除上述情况外，该操作尚有可能发生其他不可预料的情况或提请患者及家属特别注意的其他事项，如：

我们将认真执行介入治疗操作规程，做好抢救物品的准备及介入治疗过程中监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生意外或并发症，我们将积极采取相应的急救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况

八、患者自身存在的高危因素：

☐高血压 ☐心脏病 ☐糖尿病 ☐肝肾功能不全 ☐静脉血栓 ☐其他

因患者患有以上疾病，介入治疗风险可增大，或者在介入治疗中或介入治疗后出现病情加重或者管意外，甚至死亡。

九、处置授权：

本人理解医生告知的医疗风险以外，还有可能出现介入治疗中其他预想不到的危险情况。在此本人授权医师，在介入治疗中或介入治疗后发生紧急情况下，为保护患者的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的化疗方案实施必要时的

十、知情同意声明：

医师向我解释过我的病情及接受的介入治疗，并已就医疗可能的风险向我进行了详细说明。我了解介入治疗可能出现风险，自身存在的高危因素、效果及预后等情况，并知道由于受医疗技术水平局限，个体差异的影响，介入治疗中及介入治疗后可能发生医疗意外及存在医师不可预见的危险情

医师向我解释过其他治疗方式及其风险，但我有权拒绝或放弃此治疗，也知道由此可能带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该介入治疗及其风险、等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

最后本人明确 (请填写同意或不同意) 接受此治疗方案

告知医师签字：

患者或授权委托人签字：

患者或授权委托人联系方式

签署日期：2018年7月31日

2018年7月31日12时58分

① 青岛市市立医院患者授权同意书

患者姓名: [] 性别: 女 年龄: 43岁 科室: [] 住院号: []

经慎重考虑,在本人医院住院期间,我授[]
作为我的代理人,代为行使本人住院期间的知情同意权和选择权,作为本人在医院住院期间病情、医疗措施、医
疗风险等的被告知者,全权处理本人在诊疗过程中的一切事务,并在需患者签名以示知情、同意的医疗文书上签
字。

一经授权人签字,本授权书即生效,被委托人的签字视同患者本人的签字。

被授权人之行为视同患者本人知悉与同意,经被授权人签名同意后产生的后果,由患者本人承担。

授权人签名: [] 身份证号码: []

授权人(患者)签署日期: 2019 年 7 月 23 日 17 分

1. 被授权人签名: [] 与患者关系: 母亲 联系方式: []

被授权人签署日期: 2019 年 7 月 23 日 17 分

2. 被授权人签名: [] 与患者关系: [] 联系方式: []

被授权人签署日期: [] 年 [] 月 [] 日 [] 时 [] 分

3. 被授权人签名: [] 与患者关系: [] 联系方式: []

被授权人签署日期: [] 年 [] 月 [] 日 [] 时 [] 分

被授权人签名: [] 与患者关系: [] 联系方式: []

被授权人签署日期: [] 年 [] 月 [] 日 [] 时 [] 分

经慎重考虑,我 (拒绝) 他人作为我的代理人,本人在住院期间的知情同意权利由本人行使。若
因拒绝授权他人产生的不良后果将由本人承担。

授权人签署日期: [] 年 [] 月 [] 日 [] 时 [] 分