

西南医科大学附属医院

血液透析（滤过）知情同意书

科室：肾病内科病区（忠山院区） 姓名：[REDACTED]

床号：60

住院号：[REDACTED]

医生已告知我患有慢性肾脏病 尿毒症期 CKD5D期，需要进行血液透析（滤过）治疗。

血液透析（滤过）是把患者血液引出体外，通过透析或滤过等方法，实现清除体内毒素和多余水分的目的。血液透析（滤过）是目前最为常用的一种肾脏替代治疗手段。其临床意义在于：

☐ 对于慢性肾衰竭患者，血液透析可以部分替代肾脏功能，调节水电解质及酸碱平衡，改善生活质量，延长生命；

☐ 对于拟行肾移植患者，可为其手术进一步创造条件；

☐ 对于急性肾衰竭患者，血液透析可以为治疗创造条件，为肾功能恢复或部分恢复创造时机；

☐ 对于其它疾病，可以除去其中某些治病物质，达到治疗疾病的目的。

治疗过程中风险：

1) 治疗过程中因抗凝导致出血或加重原有出血倾向，发生脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血及心包填塞等。

2) 血液透析治疗可能影响心血管系统稳定性，导致血压下降，血压升高，心肌缺血，心律失常，心力衰竭甚至心跳骤停。

3) 可能会并发感染或原有感染播散。

4) 各种血管通路均有感染发生、血栓形成的可能。

5) 可能会出现对透析器的过敏反应。

6) 透析中或透析后可能会出现失衡综合征。

7) 个别患者会出现肌肉痉挛，头痛，严重者癫痫发作。

8) 治疗过程中可能出现管路及滤器凝血，造成失血。

9) 可能导致肿瘤播散。

10) 可能会发生病毒性肝炎例如乙肝、丙肝等传染病。

11) 治疗过程中可能因患者无法耐受而必须中断治疗。

上述情况已明知，同意血液透析滤过。

患者本人签名：[REDACTED]

或代理人签名：[REDACTED]

或单位负责人签

(本人)

职务：

与患者的关系：

工作单位：

医师签名：温向琼



2018 年 05 月 30 日

西南医科大学附属医院

手术知情同意书

科室：肾病内科病区(忠山院区)

床号：60

姓名	性别：男	年龄：43岁	职业：其他
术前临床诊断及依据：慢性肾衰竭 尿毒症期 CKD5D期			
手术指征：患者慢性肾衰竭；需长期透析治疗，行为肾透析的动静脉造瘘术			
拟施手术名称： 为肾透析的动静脉造瘘术	拟施麻醉方式： 局部浸润麻醉	是否冰冻切片： <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否	
手术目的：为肾透析的动静脉造瘘术		切除组织是否病检： <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否	
拟施手术日期：2018年05月30日		临时更改手术日期：	
<p>手术风险及并发症告知：</p> <p>1) 麻醉意外，心脑血管意外，生命危险。</p> <p>2) 术中出血，失血性休克，生命危险。</p> <p>3) 术中损伤周围血管、神经，导致神经损伤功能障碍，上肢感觉、运动异常。</p> <p>4) 术后感染，切口愈合延迟，如人工血管感染，则可能需取出。</p> <p>5) 术后出血，必要时需手术止血。6) 术后吻合口狭窄或闭塞，人工血管血栓等，桡动脉狭窄、闭塞，近、远期瘘闭塞或狭窄，必要时需再次手术。7) 术后上肢浅静脉扩张、迂曲，皮温升高等症状。8) 术后上肢前臂或手部缺血症状，重者组织坏死，需手术重建，重者截肢。9) 术后动静脉瘘流量小，或无法建立动静脉瘘，无法透析使用；术后因动静脉瘘导致心衰等并发症，必要手术修整或结扎。10) 其他意外。</p>			
替代治疗方案：无			
<p>患者及家属意见：</p> <p>患者签名： 亲属签名： 签名亲属与患者关系：</p> <p>患者不能签名的原因：</p> <p>患者身份证号码： 签名亲属身份证号码：</p> <p>2018-05-30</p>			
告知医师签名：王玉洁			
上级医师签名：温向琼			

