



浙江大学医学院附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF ZHEJIANG UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

浙江省第一医院

THE FIRST HOSPITAL OF ZHEJIANG PROVINCE

体外膜肺氧合支持治疗 (ECMO) 知情同意书

姓名: [REDACTED]

- 2.8、手术过程中可能出现因病人的急性心、肺衰竭而死亡;
- 2.9、出血性或缺血性脑中风;
- 2.10、体外膜肺氧合支持治疗运用过程中可能发生或加重的症状: 肾功能衰竭、肝功能衰竭、栓塞;
- 2.11、合并感染, 脓毒性休克; 以肺部及穿刺部位可能性大;
- 2.12、管路凝血、滑出、移位等, 必要时需更换管路;
- 2.13、费用巨大, 需完全自费;
- 2.14、其他不可预计的并发症。

3、针对上述情况将采取的防范措施:

由于医学的复杂性, 可能发生以上所述或其他不可预见的并发症, 医生会严格掌握适应证, 在术中按操作规范认真操作, 尽可能防范可能出现的并发症, 但因临床医学有难以估计的特殊性, 在医生尽了最大努力后, 仍有可能出现上述风险, 特在术前告之患者或家属。

4、可供选择的其它诊疗方法:

五、担任您本次治疗的医生: [Signature], 助手: [Signature]

六、拟定的体外膜肺氧合支持治疗将根据您的授权和同意进行, 术中如有紧急或事先没有预料的情况发生, 医生将及时与家属取得联系, 根据出现的情况, 医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

七、您签字后表明您同意学习者在治疗过程中进行观摩, 也同意拍摄不注明您身份的照片 (有可能将其发表) 作为医疗和教学之用。

八、为了确保您对上述内容的准确理解, 在您仔细阅读该知情同意书及决定前, 医生会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问, 希望您及时告诉您的医生。

九、您以下的签名表示:

- 1、您已阅读并理解、同意前面所述的内容;
- 2、您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;
- 3、您已经得到了有关体外膜肺氧合支持治疗的相关信息;
- 4、您授权并同意医生为您施行体外膜肺氧合支持治疗。

谈话医生: [Signature]

日期: 2020年3月6日 11时0分

签 名: [REDACTED]

日期: 2020年3月6日 12时20分