

医疗机构

(组织机构代码:46865831-8)

住院病案首页

医疗付款方式: ☒ 2

健康卡号： -

第 1 次住院

病案号：

姓名 性别 ☒ 0. 未知的性别 1. 男 2. 女 9. 未说明的性别 出生日期 1951-01-05
 年龄 69 岁 国籍 中国 (年龄不足1周岁的)年龄 - 月 (新生儿年龄≤28天的)年龄 - 天
 新生儿体重 (一孩 - 克 二孩 - 克) 新生儿入院体重 - 克
 证件类型 ☒ 0. 居民身份证 1. 护照 2. 港澳台居民身份证/通行证 4. 旅行证据 9. 其他
 证件号码

证件不详的具体原因 ☐ 1. 三无人员 2. 新生儿未办理 3. 无完全民事行为能力 4. 意识障碍 9. 其他

出生地

职业 其他 婚姻 ☒ 1. 未婚 2. 已婚 3. 丧偶 4. 离婚 9. 其他

现住址		电话		邮编	212000
-----	--	----	--	----	--------

户口地址 [REDACTED] 邮编 212000

工作单位及地址 _____ 单位电话 _____ 邮编 _____

联系人姓名

入院途径 ☐ 2. 1. 急诊 2. 门诊 3. 其他医疗机构转入 9. 其他

入院时间	2019-12-26	入院科别	感染三科	病房	三病区	转科科别	-
------	------------	------	------	----	-----	------	---

出院时间	2020-01-22	出院科别	感染三科	病房	三病区	实际住院	27	天
------	------------	------	------	----	-----	------	----	---

门(急)诊诊断	肝功能异常	疾病编码	R94.500
---------	-------	------	---------

[illegible]

入院病情: 1. 有 2. 临床未确定 3. 情况不明 4. 无 治疗转归: 1. 治愈 2. 好转 3. 未愈 5. 死亡 9. 其他

损伤、中毒的外部原因	疾病编码
------------	------

病理诊断 _____ 疾病编码 _____

病理号

药物过敏 ☐ 1. 无 2. 有 过敏药物: _____ 死亡患者尸检 ☒ 1. 是 2. 否

血型 [3] 1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查 RH [2] 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查

科主任	葛国洪	主任(副主任)医师	吴迪	主治医师	吴迪	住院医师	沙明慧
-----	-----	-----------	----	------	----	------	-----

责任护士	进修医师	实习医师	编码员
------	------	------	-----

镇江市第三人民医院 特殊检查/治疗同意书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 69 病区 三病区 床号 19 住院号 [REDACTED]

[REDACTED] 女, 69, 三病区, 19, 00155121。

患者因病于2019-12-26 16:20。入住我院感染三科。根据患方所陈述的病情、存在的症状及有关检查, 目前拟诊断为 肝功能异常。由于病情需要, 为了进一步明确诊断, 经治医师建议于 2020年01月06日 进行 肝穿刺 检查。该检查是一种对人体有创伤性、高风险及高难度的诊断方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素, 由于已知和无法预见的原因, 本检查有可能会发生失败、并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下, 该检查前后及检查时仍有可能存在如下医疗风险:

- 1、出血
- 2、感染
- 3、麻醉药物过敏
- 4、误入其他脏器可能: 气胸、肝脏血肿、胆漏等
- 5、穿刺失败

医务人员将采取必要的预防和救治措施以合理的控制医疗风险, 但由于现有医疗水平所限, 仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身损害的不良后果。

医患双方的共识:

1. 医疗机构及其医务人员在医疗活动中, 必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规, 恪守医疗服务职业道德。
2. 患者已充分了解了该检查方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其他治疗方法及其利弊; 对其中的疑问, 已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的检查/治疗方案。
3. 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示, 并确认医方已履行了告知义务, 患者已享有知情、选择及同意权的权利, 将受我国有关法律的保护。本同意书一式二份, 医患双方各执一份。

患者或近亲属或法定代理人签字:

医院经治医师签字: 住院医师: 沙明慧

2020年1月6日

2020年1月6日

[REDACTED]