

# 气管插管和机械通气知情同意书

尊敬的患者/患者亲属/法定监护人/授权委托人:

您好!根据您目前的病情,我们特向您详细介绍和说明如下内容,同时对您的疑问和要求进行咨询和解答,以帮助了解相关知识,作出选择。

• 您是否需要文化援助 ☐ 不需要 ☐ 需要 ( ☐ 盲文、☐ 手语、☐ 翻译等 )

患者姓名: 年龄: 29岁  
科室: 心脏中心重症监护室(CCU) 性别: 男 住院号:

- 疾病介绍: 患者因意识丧失,需要进行气管插管和机械通气。
- 气管插管和机械通气的预期效果及益处: 改善呼吸功能,维持生命体征,为解除诱发加重因素争取时间。
- 气管插管和机械通气存在但不限于下述潜在风险:

## 1. 气管插管:

- 1) 刺激迷走神经引起呼吸心跳骤停;
- 2) 口腔局部损伤和牙齿脱落;
- 3) 咽部感染、喉头水肿及声带损伤;
- 4) 气管软骨脱位;
- 5) 误吸、肺部感染和肺不张;
- 6) 粘液栓、痰栓等引起急性气道阻塞;
- 7) 误入食道;
- 8) 插管失败;

## 2. 机械通气:

- 1) 呼吸机诱发的肺损伤,相关性肺部感染;
- 2) 患者不能脱离呼吸机,呼吸机依赖;
- 3) 血流动力学不稳定,血压下降,心律失常,心功能衰竭等循环功能障碍;
- 4) 患者与呼吸机不同步,致呼吸困难,呼吸功能衰竭继续加重;
- 5) 病人需要约束治疗;
- 6) 皮下气肿、纵膈气肿和气胸等;氧中毒;
- 7) 气管食管瘘;

## 3. 体位不当或不遵医嘱,可能影响操作效果。

4. 患者自身存在高危因素: 多脏器功能衰竭 (如患者自身不存在高危因素,则删除此条款),以上这些高危因素可能导致操作风险加大,或者在操作中或操作后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

## 5. 其他不可预见的风险和并发症。

• 如不实施该治疗方案,可采取的替代方案: 无创呼吸机辅助呼吸,该治疗方法评价: 效果差。

我们将以高度的责任心,认真执行医学常规及操作规程,做好抢救物品的准备及操作过程中的监测。一旦发生操作意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救措施。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,且不能确保救治完全成功,可能会出现残疾、组织器官损伤导致功能障碍、甚至死亡等严重不良后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,敬请理解。

我已向患方解释了此知情同意书的全部内容和条款。

主管医师签字: 签字日期: 2016年3月2日 18时30分

术者签字: 签字日期: 2016年3月2日 18时40分

# 气管插管和机械通气知情同意书

患者/患者亲属/法定监护人/授权人(姓名)

确认:

• 医师向我详细解释了我的病情及将接受的手术操作,并已就以上医疗风险向我进行了详细说明。我理解了以上操作风险、并发症、效果及预后等情况,并知道操作是创伤性治疗手段,由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响,操作中操作后可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况;

• 医师向我解释了放弃手术操作我所面临的不良后果;

• 我已就我的病情、操作及其风险向我的医师进行了详细的咨询;我的问题已经过讨论并得到了满意的答复;

• 医师已经向我解释操作过程中如果出现紧急情况会按相关治疗方案进行处理;

• 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整;

• 我理解我的操作需要多位医生共同进行;

• 我并未得到操作百分之百成功的许诺;

• 医师已向我告知操作中及操作后可能发生的费用情况,我已理解并愿意承担。

基于以上陈述,在此本人授权医师:

• 在操作中或操作后发生紧急情况下,为保障本人的生命安全,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诊疗方案实施必要的抢救。

• 我 同意 接受该治疗方案,并对产生的不良后果已做好了充分思想准备。

(请患者签署“同意”字样)

• 我 不同意 接受该治疗方案,并且愿意承担因拒绝施行操作而发生的一切后果。

(请患者注明“不同意”字样)

患者签字: \_\_\_\_\_

签字日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 时 \_\_\_\_\_ 分

如果患者无法签署知情同意书,请患者的监护人、近亲属、授权委托人请在此处签字:

签字: \_\_\_\_\_ 与患者关系: \_\_\_\_\_ 签字日期: \_\_\_\_\_

患者知情选择

文化援助

我提供了 \_\_\_\_\_ (请填写盲文、手语或者患者具体语言)的翻译,我翻译的内容包括此知情同意书中的内容及医师与患者或患者委托人的一切语言或书面信息。

翻译签字: \_\_\_\_\_

签字日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 时 \_\_\_\_\_ 分



# 血液净化治疗知情同意书

尊敬的患者/患者亲属/法定监护人/授权委托人:

您好!根据您目前的病情,我们特向您详细介绍和说明如下内容,同时对您的疑问和要求进行咨询和答复,以帮助了解相关知识,作出选择。

• 您是否需要文化援助? ☐ 不需要 ☐ 需要 ( ☐ 盲文、☐ 手语、☐ 翻译等 )

患者姓名:

年龄: 29岁

科室: 心脏

性别: 男

住院号:

## • 疾病介绍:

目前诊断: 意识丧失原因待查? 冠心病 急性冠脉综合征 心功能IV级 心律失常 Brugada综合征 多器官功能脏器衰竭 肺部感染 感染性休克

诊疗方案: 血液透析。

• 治疗目的、预期效果及益处: 肾脏替代 对症治疗。

• 治疗存在但不限于以下潜在风险:

1. 任何所用药物都可能产生副作用,包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克,甚至危及生命。
2. 呼吸、心跳骤停。
3. 肌肉痉挛或抽搐。
4. 低血压或高血压、心律失常、心力衰竭、心肌梗塞。
5. 首次使用综合征、失衡综合征、电解质酸碱平衡紊乱。
6. 脑出血,局部或全身出血倾向。
7. 过敏反应、发热反应等。
8. 溶血、出血、严重感染或原有感染播散。
9. 透析过程中发生空气栓塞或其他栓塞。
10. 血液传播性疾病(乙肝等型肝炎、梅毒、爱滋病等)、慢性并发症及其它不良反应。
11. 部分病人因为出血倾向、活动性出血或手术后需要无肝素、减少肝素使用剂量或使用分子肝素抗凝或其他特殊的抗凝方法,可能会造成体外凝血,体外循环的血液不能回输体内,造成部分血液丢失。
12. 继发性骨病、消化道疾病。
13. 痰管阻塞,感染。
14. 由于医学的复杂性,可能发生其他不可预见的并发症。
15. 治疗过程中可能因患者无法耐受而必须中断治疗。
16. 各种血管通路均有可能发生感染、血栓形成可能。
17. 其他不可预见的风险和并发症。
18. 患者自身存在高危因素: 心脏病、肾功能不全(如患者自身不存在高危因素,则删除此款),以上这些高危因素可能导致治疗风险加大,或者在治疗中或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

18. 除上述情况外,本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提前请患者及家属特别注意的其他事项。

• 血液净化治疗费用昂贵,须由患者家属或工作单位按时付清。若停止付费,经医院通知后仍不缴纳费用,本中心将暂停透析治疗。

• 患者应积极配合治疗,服从医护人员对透析方式及时间的安排,如有特殊情况需更改时间,请提前一天与医护人员取得联系并得到许可。患者因不能按时来透析而造成的后果,由患者自负。

• 为了您的安全,门诊血液净化治疗患者来院治疗时必须由其家属陪护,否则路途发生意外后果自负。

• 长期血液透析治疗的患者,依据卫生部血液净化规范条例要求,必须每半年复查一次血液传播疾病的病毒学检查,包括乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒。

医  
师  
告  
知

## 血液净化治疗知情同意书

• 如不实施该治疗方案，可采取的替代方案：腹膜透析，该替代方案评价：需预约腹膜置管术，有并发腹膜炎的可能。

我们将以高度的责任心，严格遵守医疗常规及规范，对上述可能发生的情况将尽最大力量予以救治。但由于医疗技术水平的局限性、药物固有的不良反应及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，可能会出现残疾、组织器官损伤导致功能障碍、甚至死亡等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，敬请理解。

我已向患方解释了此知情同意书的全部内容和条款。

主管医师签字：\_\_\_\_\_ 签字日期：\_\_\_\_\_

患者知情选择

患者/患者亲属/法定监护人/授权人(姓名)\_\_\_\_\_

确认：\_\_\_\_\_

我的医生已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方案做出调整。
- 我理解我的治疗方案的实施需要多位医生和护士共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 医师已经向我解释治疗过程中如果出现紧急情况会按相关应急预案进行处理。
- 医师已向我告知可能发生的费用情况，我已理解并愿意承担。

基于以上陈述，在此本人授权医师：

• 在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，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治疗方案实施必要的抢救。

• 我 同意 接受该治疗方案，并对产生的不良后果已做好了充分思想准备。

(请患者签署“同意”字样)

• 我 \_\_\_\_\_ 接受该治疗方案，并且愿意承担因拒绝治疗而发生的一切后果。

(请患者注明“不同意”字样)

患者签字：\_\_\_\_\_

签字日期：\_\_\_\_\_ 年 月 日 时

如果患者无法签署知情同意书，请患者的监护人、近亲属、授权委托人请在此处签字：

签字：\_\_\_\_\_ 与患者关系：\_\_\_\_\_ 签字日期：\_\_\_\_\_

文化援助

我提供了\_\_\_\_\_ (请填写盲文、手语或者患者具体语言) 的翻译，我翻译的内容包括此知情同意书中的内容及医师与患者或患者委托人的一切语言或书面信息。

翻译签字：\_\_\_\_\_ 签字日期：\_\_\_\_\_ 年 月 日 时 分