

# 中国医科大学附属盛京医院 住院知情同意书

姓名

性别 男

年龄 3岁

住院号 ~~~~~

## 持续肾脏替代治疗 (CRRT) (全院)

持续肾脏替代治疗可能发生的不良情况:

1. 因抗凝血导致出血或加重原有出血倾向, 出现脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等危及生命
2. 血滤器过敏
3. 血滤器和管路凝血, 造成失血, 并需要重新更换, 费用自理
4. 影响心血管循环系统的稳定性, 血压下降, 心律失常、心绞痛、心肌梗塞等加重心衰及原有心脏病。甚至出现心脏骤停, 危及生命,
5. 感染, 如肝炎病毒, HIV等
6. 各种管路均有发生感染、血栓形成的可能
7. 肌肉痉挛, 头痛, 严重者癫痫发作
8. 肿瘤播散
9. 治疗过程中因患者无法耐受而必须中断治疗

上述情况为正常操作过程中有可能出现的不良情况, 是持续肾脏替代治疗无法完全避免的潜在风险, 有的情况后果严重, 甚至威胁生命, 当发生合并症时, 医生会给患者以积极的治疗或抢救, 治疗或抢救的费用由患方承担, 另外, 该治疗费用昂贵, 不属公费医疗和医疗保险所包括的治疗项目, 需自费, 理解以上情况并同意持续肾脏替代治疗, 请签字

经医生充分告知, 我已详细了解上述交代内容, 经本人仔细考虑, 决定同意 ( )  
所选择一切后果自负, 自己承担相关责任



医师签名:

程超

2019-04-20 02:04:27

与患者关系: 父母

姓名:

日期: 2019年04月20日 00时13分

身份证

☐ 紧急 紧急原因

以下空白非医生书写内容

# 中国医科大学附属盛京医院 住院知情同意书

姓名

性别 男

年龄 3岁

住院号

## 糖皮质激素告知

- 1, 并发或加重感染
- 2, 易患结核或复发
- 3, 钠水潴留, 发生高血压。慢性肾功能不全者可加重浮肿, 心衰, 肾功能恶化
- 4, 骨质疏松, 自发性骨折, 无菌性股骨头坏死
- 5, 引起或加重消化性溃疡, 甚至诱发出血和穿孔
- 6, 可引起激动和失眠, 个别可诱发精神病
- 7, 小儿长期应用可抑制生长发育
- 8, 向心性肥胖, 满月脸等肾上腺皮质功能亢进症
- 9, 长期应用可诱发白内障, 青光眼, 伤口愈合不良, 血栓, 栓塞, 月经失调等
- 10, 治疗无效。

## 血浆置换

出血: 如消化道出血、脑出血、皮下血肿等

凝血

穿刺不成功

穿刺副损伤: 如神经、血管、肌肉等损伤

心脏骤停, 心律失常

血压升高或降低

低血容量休克、心绞痛、心肌梗塞等

感染

其他意外

低钙性惊厥

过敏

## CRRT更换管路告知

尊敬的患者或家属:

依照国务院令351号的规定“在医院活动中, 医疗机构及其医务人员, 应该将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者, 及时解答其咨询, 但应当避免对患者今后不利后果。”在您住院期间将有关护理特殊告知于您。

更换血液管路及血液滤过器处置知情同意书:

因您的病情需要, 需要进行CRRT治疗, 但在治疗的过程中, 因病人的年龄或生理特点不同, 有血液管路出现凝血、堵塞的可能, 因此需要更换CRRT血液管路及滤器, 故在处置前对您或家属做一告知, 患者(受委托人)表示谅解并自愿接受本次处置。

经医生充分告知, 我已详细了解上述交代内容, 经本人仔细考虑, 决定( )  
所选择一切后果自负, 自己承担相关责任

医师签名:



吴玉斌

2019-04-15 15:08:46

与患者关系: 父母

姓名:

日期: 2019年04月15日 14时09分

身份证号

☐ 紧急 紧急原因

以下空白非医生书写内容

# 中国医科大学附属盛京医院 住院知情同意书

姓名

性别 男

年龄 3岁

住院号 ~~~~~

## 持续肾脏替代治疗（CRRT）（全院）

持续肾脏替代治疗可能发生的不良情况：

1. 因抗凝血导致出血或加重原有出血倾向，出现脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等危及生命
2. 血滤器过敏
3. 血滤器和管路凝血，造成失血，并需要重新更换，费用自理
4. 影响心血管循环系统的稳定性，血压下降，心律失常、心绞痛、心肌梗塞等加重心衰及原有心脏病。甚至出现心脏骤停，危及生命，
5. 感染，如肝炎病毒，HIV等
6. 各种管路均有发生感染、血栓形成的可能
7. 肌肉痉挛，头痛，严重者癫痫发作
8. 肿瘤播散
9. 治疗过程中因患者无法耐受而必须中断治疗

上述情况为正常操作过程中有可能出现的不良情况，是持续肾脏替代治疗无法完全避免的潜在风险，有的情况后果严重，甚至威胁生命，当发生合并症时，医生会给患者以积极的治疗或抢救，治疗或抢救的费用由患方承担，另外，该治疗费用昂贵，不属公费医疗和医疗保险所包括的治疗项目，需自费，理解以上情况并同意持续肾脏替代治疗，请签字

经医生充分告知,我已详细了解上述交代内容,经本人仔细考虑,决同意 )  
所选择一切后果自负,自己承担相关责任



医师签名：

程超

2019-04-20 02:04:27

与患者关系： 父母

姓名：

日期：2019年04月20日 00时13分

身份证号：

☐ 紧急 紧急原因

以下空白非医生书写内容

# 中国医科大学附属盛京医院 住院知情同意书

姓名

性别 男

年龄 3岁

住院号

3. 血滤器和管路凝血,造成失血,并需要重新更换,费用自理
4. 影响心血管循环系统的稳定性,血压下降,心律失常、心绞痛、心肌梗塞等加重心衰及原有心脏病。甚至出现心脏骤停,危及生命,
5. 感染,如肝炎病毒, HIV等
6. 各种管路均有发生感染、血栓形成的可能
7. 肌肉痉挛,头痛,严重者癫痫发作
8. 肿瘤播散
9. 治疗过程中因患者无法耐受而必须中断治疗

上述情况为正常操作过程中有可能出现的不良情况,是持续肾脏替代治疗无法完全避免的潜在风险,有的情况后果严重,甚至威胁生命,当发生合并症时,医生会给患者以积极的治疗或抢救,治疗或抢救的费用由患方承担,另外,该治疗费用昂贵,不属公费医疗和医疗保险所包括的治疗项目,需自费,理解以上情况并同意持续肾脏替代治疗,请签字

## PICU中心静脉置管同意书

中心静脉置管同意书

患儿现因病情需要,需行中心静脉置管,该操作有以下风险:

1. 出血,可能会出现局部血肿
2. 导管相关感染
3. 局部感染
4. 穿刺部位出血不止或肢体颜色改变,循环差。
5. 堵管甚至深静脉血栓。

家属同意该项检查,按手印如下:

## 股静脉穿刺术

- 1.出血,可能会出现局部血肿
2. 导管相关感染
3. 局部感染

经医生充分告知,我已详细了解上述交代内容,经本人仔细考虑,决定同意  
所选择一切后果自负,自己承担相关责任



医师签名:

裴亮

2019-05-29 19:27:51

与患者关系: 父母

姓名:

身份证号

日期:2019年05月29日 15时43分

☐ 紧急 紧急原因

以下空白非医生书写内容

# 中国医科大学附属盛京医院 住院知情同意书

姓名

性别 男

年龄 3岁

住院号 0

## PICU血浆置换同意书

血浆置换可能发生的不良情况:

因输入血浆可能导致感染血源传播性疾病:如艾滋病、梅毒、乙型肝炎、丙型肝炎等。

因抗凝血导致出血或加重原有出血倾向,出现脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等。

影响心血管循环系统的稳定性,导致血压下降,心律失常、心绞痛,心肌梗塞,加重心衰及原有心脏病。甚至发生心脏骤停

穿刺部位感染。各种管路均有发生感染、血栓形成的可能。

出现对透析器的过敏反应。

电解质紊乱。

治疗过程中可能出现管路及滤器凝血,造成失血,如果需要更换管路和滤器,患者自己承担费用。

血浆过敏:皮疹,呼吸困难,

治疗过程中因患者无法耐受而必须中断治疗。

上述情况为正常操作过程中有可能出现的不良情况,是血浆置换治疗无法完全避免的潜在风险,

有的情况后果严重,甚至威胁生命,当发生合并症时,医生会给患者以积极的治疗或抢救,治疗或抢救的费用由患方承担,另外,该治疗需应用透析机、血浆分离器、使用大量的血浆或白蛋白,

治疗费用昂贵,有些不是公费医疗和医疗保险所包括的治疗项目,需部分或全部自费,理解以上情况并同意血浆置换治疗,请签字。

## CRRT更换管路告知

尊敬的患者或家属:

依照国务院令第351号的规定“在医院活动中,医疗机构及其医务人员,应该将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者,及时解答其咨询,但应当避免对患者今后不利后果。”在您住院期间将有关护理特殊告知于您。

更换血液管路及血液滤过器处置知情同意书:

因您的病情需要,需要进行CRRT治疗,但在治疗的过程中,因病人的年龄或生理特点不同,有血液管路出现凝血、堵塞的可能,因此需要更换CRRT血液管路及滤器,故在处置前对您或家属做一告知,患者(受委托人)表示谅解并自愿接受本次处置。

## 持续肾脏替代治疗(CRRT) (全院)

持续肾脏替代治疗可能发生的不良情况:

1. 因抗凝血导致出血或加重原有出血倾向,出现脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等危及生命

2. 血滤器过敏

经医生充分告知,我已详细了解上述交代内容,经本人仔细考虑,决( )  
所选择一切后果自负,自己承担相关责任



医师签名:

裴亮

2019-05-29 19:27:51

与患者关系: 父母

姓名:

身份证号

日期: 2019年05月29日 15时43分

☐ 紧急 紧急原因

以下空白非医生书写内容

# 中国医科大学附属盛京医院 住院知情同意书

姓名

性别 男

年龄 3岁

住院号 0

## PICU血浆置换同意书

血浆置换可能发生的不良情况:

因输入血浆可能导致感染血源传播性疾病: 如艾滋病、梅毒、乙型肝炎、丙型肝炎等。

因抗凝血导致出血或加重原有出血倾向, 出现脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等。

影响心血管循环系统的稳定性, 导致血压下降, 心律失常、心绞痛, 心肌梗塞, 加重心衰及原有心脏病。甚至发生心脏骤停

穿刺部位感染。各种管路均有发生感染、血栓形成的可能。

出现对透析器的过敏反应。

电解质紊乱。

治疗过程中可能出现管路及滤器凝血, 造成失血, 如果需要更换管路和滤器, 患者自己承担费用。

血浆过敏: 皮疹, 呼吸困难,

治疗过程中因患者无法耐受而必须中断治疗。

上述情况为正常操作过程中有可能出现的不良情况, 是血浆置换治疗无法完全避免的潜在风险,

有的情况后果严重, 甚至威胁生命, 当发生合并症时, 医生会给患者以积极的治疗或抢救, 治疗或抢救的费用由患方承担, 另外, 该治疗需应用透析机、血浆分离器、使用大量的血浆或白蛋白,

治疗费用昂贵, 有些不是公费医疗和医疗保险所包括的治疗项目, 需部分或全部自费, 理解以上情况并同意血浆置换治疗, 请签字。

## CRRT更换管路告知

尊敬的患者或家属:

依照国务院令第351号的规定“在医院活动中, 医疗机构及其医务人员, 应该将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者, 及时解答其咨询, 但应当避免对患者今后不利后果。”在您住院期间将有关护理特殊告知于您。

更换血液管路及血液滤过器处置知情同意书:

因您的病情需要, 需要进行CRRT治疗, 但在治疗的过程中, 因病人的年龄或生理特点不同, 有血液管路出现凝血、堵塞的可能, 因此需要更换CRRT血液管路及滤器, 故在处置前对您或家属做一告知, 患者(受委托人)表示谅解并自愿接受本次处置。

## 持续肾脏替代治疗(CRRT) (全院)

持续肾脏替代治疗可能发生的不良情况:

1. 因抗凝血导致出血或加重原有出血倾向, 出现脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等危及生命

2. 血滤器过敏

经医生充分告知, 我已详细了解上述交代内容, 经本人仔细考虑, 决同意  
所选择一切后果自负, 自己承担相关责任



医师签名:

裴亮

2019-05-29 19:27:51

与患者关系: 父母

姓名:

身份证号

日期: 2019年05月29日 15时43分

☐ 紧急 紧急原因

以下空白非医生书写内容

# 中国医科大学附属盛京医院 住院知情同意书

姓名

性别 男

年龄 3岁

住院号 0

## PICU血浆置换同意书

血浆置换可能发生的不良情况:

因输入血浆可能导致感染血源传播性疾病:如艾滋病、梅毒、乙型肝炎、丙型肝炎等。

因抗凝血导致出血或加重原有出血倾向,出现脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等。

影响心血管循环系统的稳定性,导致血压下降,心律失常、心绞痛,心肌梗塞,加重心衰及原有心脏病。甚至发生心脏骤停

穿刺部位感染。各种管路均有发生感染、血栓形成的可能。

出现对透析器的过敏反应。

电解质紊乱。

治疗过程中可能出现管路及滤器凝血,造成失血,如果需要更换管路和滤器,患者自己承担费用。

血浆过敏:皮疹,呼吸困难,

治疗过程中因患者无法耐受而必须中断治疗。

上述情况为正常操作过程中有可能出现的不良情况,是血浆置换治疗无法完全避免的潜在风险,

有的情况后果严重,甚至威胁生命,当发生合并症时,医生会给患者以积极的治疗或抢救,治疗或抢救的费用由患方承担,另外,该治疗需应用透析机、血浆分离器、使用大量的血浆或白蛋白,

治疗费用昂贵,有些不是公费医疗和医疗保险所包括的治疗项目,需部分或全部自费,理解

以上情况并同意血浆置换治疗,请签字。

## CRRT更换管路告知

尊敬的患者或家属:

依照国务院令第351号的规定“在医院活动中,医疗机构及其医务人员,应该将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者,及时解答其咨询,但应当避免对患者今后不利后果。”在您住院期间将有关护理特殊告知于您。

更换血液管路及血液滤过器处置知情同意书:

因您的病情需要,需要进行CRRT治疗,但在治疗的过程中,因病人的年龄或生理特点不同,有血液管路出现凝血、堵塞的可能,因此需要更换CRRT血液管路及滤器,故在处置前对您或家属做一告知,患者(受委托人)表示谅解并自愿接受本次处置。

## 持续肾脏替代治疗(CRRT) (全院)

持续肾脏替代治疗可能发生的不良情况:

1. 因抗凝血导致出血或加重原有出血倾向,出现脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等危及生命

2. 血滤器过敏

经医生充分告知,我已详细了解上述交代内容,经本人仔细考虑,决( )  
所选择一切后果自负,自己承担相关责任



医师签名:

裴亮

2019-05-29 19:27:51

与患者关系: 父母

姓名:

身份证号

日期: 2019年05月29日 15时43分

☐ 紧急 紧急原因

以下空白非医生书写内容

# 中国医科大学附属盛京医院 住院知情同意书

姓名

性别 男

年龄 3岁

住院号

4. 穿刺部位出血不止或肢体颜色改变, 循环差。

5. 堵管甚至深静脉血栓。

经医生充分告知, 我已详细了解上述交代内容, 经本人仔细考虑, 决定同意  
所选择一切后果自负, 自己承担相关责任



医师签名:

裴亮

2019-05-29 19:27:51

与患者关系: 父母

姓名:

身份证号

日期: 2019年05月29日 15时43分

☐ 紧急 紧急原因

以下空白非医生书写内容