

中南大学湘雅医院 入院病人告知书

姓名: [REDACTED]
科室: [REDACTED] (脑血管外科)

出生日期: [REDACTED]
床号: [REDACTED]

病人ID: [REDACTED]
住院号: [REDACTED]

根据您目前的病史、体格检查、化验结果和其它检查,现将您的医疗情况向您和您的亲属告知如下:

一、入院初步诊断: 1. T9-10髓内占位: 室管膜瘤?; 2. 脊髓空洞症; 3. 2型糖尿病; 4. 高血压病2级高危组

二、初步诊疗计划:

- (1) 神外护理常规;
- (2) 完善三大常规、肝肾功能、凝血常规、心电图、胸片、腹部B超、MRI等相关检查;
- (3) 择期手术。

三、本医疗组愿意按诊疗操作规程竭诚为您提供医疗服务; 您可以随时向我组咨询。

医疗组成员: 副教授丁锡平住院医师阳晨醒 主治医师黄鹤

四、限于目前医疗技术水平发展现状,即使医师尽了最大努力,还有很多医疗问题难以解决,因此,不论治疗结果如何,都请相信和理解医院。如有疑虑或异议,应按正常途径协商解决或通过法律手段解决,不得聚众滋事、围攻医务人员或妨碍医院的正常医疗秩序,否则,将承担后果及法律责任。

五、医院严禁任何工作人员索取或接受患者及亲友的现金、有价证券、支付凭证及贵重礼品,请患者及家属配合我院工作。

住院医师 [REDACTED] (签字)
主治医师 [REDACTED] (签字)
谈话地点 [REDACTED]
谈话时间 2017年 7月 13日 时 分

如病人或家属已清楚知晓以上情况,并愿意配合医院的诊断和治疗,请在指定处签字。

病人或家属代表 [REDACTED] (签字), 与病人关系 [REDACTED]
签字时间 2017年 7月 13日 时 分

中南大学湘雅医院
患者权利、义务及维权途径告知书

姓名: [REDACTED]
科室: [REDACTED] (脑血管外科)

出生日期: [REDACTED]
床号: [REDACTED]

病人ID: [REDACTED]
住院号: [REDACTED]

尊敬的病友:

欢迎您来中南大学湘雅医院就诊,我们将努力为您提供一个整洁、安静、安全、舒适的就医环境。

为了使您更好的了解在我院就医过程中所享有的权利和应尽的义务,并通过合法的途径维护自身的合法权益,根据《执业医师法》、《侵权责任法》、《医疗机构管理条例》等相关法律法规的规定,特将相关权利义务告知如下:

一、患者的权利:

1. 凡来本院就诊的病人,不分性别、国籍、民族、信仰、社会地位和病情轻重,均享有获得公正医疗、护理的权利。
2. 在不影响正常医疗秩序的情况下,享有宗教信仰和民族习惯受到尊重的权利。
3. 在诊疗过程中,享有获知有关诊断、病情、医疗措施、医疗风险、替代医疗方案、预后等信息的权利,享有自主作出接受或拒绝某项医疗措施的权利。
4. 患者享有不经本人同意,个人资料、病情等隐私信息受到保护、不对外披露的权利。
5. 患者享有要求复制法律规定的客观病历资料的权利以及对不能复印的主观病历资料要求我院进行封存的权利。
6. 若患者对医疗过程中医护人员的工作不满意,享有向我院医务部进行投诉的权利。
7. 如患者因我院医务人员的行为不当造成人身或财产权利受到侵害时,患者享有通过正当法律程序进行索赔的权利,但不得干扰正常的医疗秩序。

二、患者的义务:

良好的医患关系是建立在相互信任、相互配合的基础上的。理想的治疗效果,既要求维护您的合法权益,也要求您承担以下义务:

1. 尊重医务人员及其他患者相关权利的义务。
2. 向医务人员如实陈述病情,配合医务人员进行相关诊断、检查、治疗,如患者接受或拒绝进行某项医疗措施,本人及家属需承担在相关医疗文书上签字的义务。
3. 按规定支付医疗费用及其他服务费用的义务。
4. 遵守医院制度,爱护医院的公共财物,维护正常医疗秩序的义务。
5. 不得要求医务人员做出超出其救治能力和执业范围的医疗行为的义务。
6. 不得影响他人治疗,不将疾病传染给他人的义务。
7. 接受强制性治疗的义务(如急危患者、传染病、精神病等)。

三、患者依法维权的途径:

患者及家属如对诊疗过程存在异议,可以通过如下途径依法维护自身的合法权利:

1. 向我院医务部进行投诉,投诉电话0731-84327353。
2. 与我院进行协商或通过第三方调解。
3. 与我院共同委托,或单方向开福区卫生局或专业鉴定机构申请医疗技术鉴定。
4. 向人民法院起诉

告知人: [REDACTED]
患者及家属签名: [REDACTED]

谈话地点: [REDACTED]
谈话日期: 2017年7月12日 时 分

中南大学湘雅医院

中南大学湘雅医院
中南大学湘雅医院患者授权委托书

姓名: [REDACTED] 出生日期: [REDACTED] 病人ID: [REDACTED]
科室: [REDACTED] (脑血管外科) 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

委托人:
姓名: [REDACTED] 性别: 男 民族: 汉族
出生日期: [REDACTED] 职业:
身份证号码: [REDACTED] 邮政编码: 423300
工作单位: [REDACTED] 联系电话:
住址: [REDACTED]

授权代理人:
姓名: [REDACTED] 性别: 男 民族: 汉
出生日期: [REDACTED] 职业:
身份证号码: [REDACTED] 邮政编码:
工作单位: [REDACTED] 联系电话:
住址:
与委托人关系: 夫妻

委托人因椎管内占位于2017年07月13日入住中南大学湘雅医院
[REDACTED] (脑血管外科) 科 [REDACTED] 护理单元 病室进行治疗, 在意识清楚的情况下委托
[REDACTED] 代为行使此次住院期间涉及病情、诊断、检查、治疗措施、医疗风险、医疗费用
等等所有医疗有关方面的知情同意书、选择权, 签署有关涉及病情、诊断、检查、治疗措施、
医疗风险、医疗费用等方面的同意书, 授权代理人签署的同意书所产生的后果, 由委托人承担。

委托人: [REDACTED] (签名或盖章)
授权代理人: [REDACTED] (签名或盖章)
签署时间: 2017年 7 月 13 日 时 分
主治医师: [REDACTED] (签名或盖章)
签署时间: 2017年 7 月 13 日 时 分
签署地点: [REDACTED]

中南大学湘雅医院

住院病人谈话记录

姓名: [REDACTED]
科室: [REDACTED] (脑血管外科)

出生日期: [REDACTED]
床号: [REDACTED]

病人ID: [REDACTED]
住院号: [REDACTED]

根据您的病史和目前的体格检查与辅助检查结果, 现将您的有关医疗情况向您和您的亲属告知如下:

一、目前诊断: 1. T9-10髓内占位: 室管膜瘤?; 2. 脊髓空洞症; 3. 2型糖尿病; 4. 高血压病2级高危组

二、下一步的诊治计划:

(1) 神外护理常规;

(2) 完善三大常规、肝肾功能、凝血常规、心电图、胸片、腹部B超、MRI等相关检查;

(3) 择期手术。

住院医师 [REDACTED] (签字)

主治医师 [REDACTED] (签字)

谈话地点 [REDACTED]

谈话时间 2017年 7月 17日 时 分

如病人或家属已清楚知晓以上情况, 并在指定处签字。

病人或家属代表 [REDACTED] (签字), 与病人关系 [REDACTED]

签字时间 2017年 7月 13日 时 分

中南大学湘雅医院 手术同意书

姓名: [REDACTED] 出生日期: [REDACTED] 病人ID: [REDACTED]
科室: [REDACTED] (脑血管外科) 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

术前诊断: T9-T10髓内占位: 室管膜瘤?

拟施手术: 胸段椎管探查病变切除术

一、手术指征:

- 1、根据患者病史体征及影像学资料, 患者目前的诊断明确。
- 2、患者存在占位病变, 已有神经功能障碍, 非手术治疗无效且病变将继续发展, 进一步加重神经功能障碍, 有手术指征。但手术存在较大风险, 且可能疗效不佳。
- 3、患者及家属要求手术。

二、替代医疗方案:

无

三、手术风险:

1. 麻醉意外, 术中大出血, 术中术后心肺脑肝肾等脏器功能障碍, 术后出现并发症, 及患者潜在疾病发作、特异性体质等, 以上多种情况均可危及患者生命。
2. 术后现有症状可能无改善甚至加重, 术后可能高热、惊厥、肢体抽搐、瘫痪、肢体感觉障碍、精神行为异常、植物神经功能紊乱、大小便失常、性功能障碍、植物生存等其它功能障碍, 甚至死亡。
3. 术中及术后可能出现术区血肿及远隔部位血肿, 术后出现神经系统感染、神经水肿、切口感染、切口不愈、脑脊液漏、皮下积血积液积气等, 需再次手术、长期治疗、并出现功能障碍等, 甚至危及生命。
4. 术后椎管内瘢痕形成、继发性椎管狭窄、神经根粘连, 产生脊髓神经损害。
5. 术后病变可能复发或发展, 并可能出现新的病变。
6. 术中病变不能全切, 术后继续生长, 可能需再次手术。
7. 病变性质需待术后病检确定, 可能为恶性, 预后不佳。
8. 术后必要时还需放疗、化疗、伽玛刀、腰穿、气管切开等其它治疗。
9. 术后遗留椎骨缺损, 影响脊柱稳定性。
10. 术后肺部感染、尿路感染、皮肤压伤或褥疮、静脉炎、败血症、肺栓塞、脑栓塞、深静脉血栓等。
11. 术中术后并发DIC、多器官功能衰竭、应激性溃疡或高血糖, 严重者危及生命。
12. 术中术后必要时更改治疗方案。
13. 可能花费巨大而疗效不佳, 可能人财两空, 可能术后生存质量差。
14. 必要的情况下使用血液和血液制品, 存在感染疾病或发生不良反应等可能。
15. 术中必要时植入人工材料, 存在感染、过敏、异物反应等可能。
16. 术后可能使用激素冲击治疗减轻脊髓水肿, 可能引起糖尿病、消化性溃疡、股骨头坏死等激素副反应。
17. 其它情况或难以预料的意外。

理解以上情况及手术风险
代表家属要求手术治疗, 愿意承担手术风险。

住院医师 [REDACTED] (签字)

手术者/一助 [REDACTED] (签字)

谈话地点 [REDACTED]

谈话时间 2017年7月18日 时 分

如病人或家属已清楚知晓以上各项, 同意接受手术治疗, 并愿意承担因该手术带来的各种风险, 请在指定处签字。

病人或家属代表 (签字) [REDACTED]

与病人关系 [REDACTED]

中南大学湘雅医院

手术同意书

姓名: [REDACTED]
科室: [REDACTED] (脑血管外科)

出生日期: [REDACTED]
床号: [REDACTED]

病人ID: [REDACTED]
住院号: [REDACTED]

签字时间 2017年7月19日 时 分