

兰州大学第二医院

气管插管和机械通气知情同意书

患者姓名	性别	年龄	住院号
------	----	----	-----

疾病介绍和治疗建议

医生已告知患者有 要进行气管插管和机械通气。

机械通气的目的：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。

手术潜在风险和对策：

医生告知患者气管插管和机械通气可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作根据不同病人的情况有所不同，医生已告知患者及家属可与患者的医生讨论有关患者操作的具体内容，如果有特殊的问题可与患者的医生讨论。

- 1.我理解任何麻醉都存在风险。
- 2.我理解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。
- 3.我理解此操作可能发生的风险和医生的对策：

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) 喉痉挛、喉头水肿、喉和气道损伤、声带损伤；
- 4) 气管软骨脱位；
- 5) 发生胃内容物返流、呕吐、误吸、吸入性肺炎；
- 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；
- 9) 其他不可预料的意外情况

机械通气：

- 1) 呼吸机诱发的肺损伤，相关性肺部感染；
- 2) 皮下气肿、纵膈气肿和气胸等，严重可发生张力性气胸致心跳呼吸骤停；
- 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) 气管食管瘘；
- 7) 患者不能脱离呼吸机，呼吸机依赖；
- 8) 其他不可预料的意外情况

4.我理解如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有



吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

5.如果患者的体位不当或不遵医嘱，可能影响操作效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我的病情，可能出现以下特殊的并发症或风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者及/或家属知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。
- 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。
- 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名_____ 签名日期_____年_____月_____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名_____与患者关系_____ 签名日期_____日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术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患者关于此次手术的相关问题。

医生签名_____ 签名日期_____



兰州大学第二医院

血液净化治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 [REDACTED] 行血液净化治疗。
目前在血液净化治疗 [REDACTED] (连续性静脉-静脉血液透析滤过) 或 CVVHDF (连续性静脉-静脉血液透析滤过) 的方式, 即采用中心静脉留置双腔导管作为血管通路进行治疗, 其优点在于对血流动力学影响更小, 而且方便操作。

治疗潜在风险和对策

医生告知我如下连续性肾脏替代治疗可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解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. 我理解此治疗手段可能出现的风险和医生:

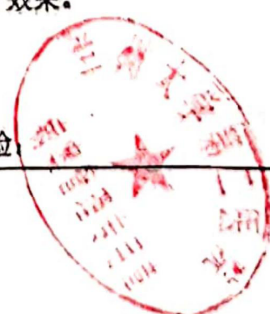
- 1) 治疗过程中因抗凝导致出血或加重原有出血倾向, 发生脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等;
- 2) 该项治疗可能影响心血管系统稳定性, 导致血压下降, 心律失常, 加重原有心脏病;
- 3) 可能会并发感染或原有感染播散;
- 4) 可能会出现对滤器的过敏反应;
- 5) 出现空气栓塞;
- 6) 治疗过程中可能出现管路及滤器凝血;
- 7) 出现深静脉血栓;
- 8) 出现滤器内漏血;
- 9) 出现血小板降低;
- 10) 可能导致肿瘤播散;
- 11) 个别患者会出现肌肉痉挛, 头痛, 严重者癫痫发作;
- 12) 治疗过程中可能因患者无法耐受而必须中断治疗;
- 13) 其他不可预料的意外情况。

3. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝功能不全、血液系统疾病、出凝血功能障碍、肿瘤性疾病及感染等疾病时, 以上这些风险可能会加大, 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。

4. 我理解治疗后如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险



一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者及/或家属知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行治疗方式、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。
- 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对治疗切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名_____ 签名日期_____年_____月_____日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名_____ 与患者关系_____ 签名日期 2020 年 10 月 28 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签

签名日