

患者授权书

尊敬的患者及家属：

依照《中华人民共和国侵权责任法》（中华人民共和国主席令 第二十一号）第五十五条规定“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意”。卫生部《病历书写基本规范》第十条规定“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。”为切实保障患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请你们根据自己的实际情况，慎重考虑，选择确定作为患者病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

杭州市第一人民医院

☐ 由本人作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

患者签名： 日期： 2020.3.18

☐ 授权 作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并全权代表本人签署各项医疗活动同意书，被授权人的签字视同本人的签字。

患者签名： 日期： 3.18

本人接受患者 的授权，同意代理行使该患者在医院医疗期间的知情同意权和选择权，并签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名： 与患者关系： 母子 联系电话：

身份证号码： 签字时间： 3.18

现确认增加以下被授权人，自签字时间起，被授权人均可独立代理行使本人本次治疗期间的权利。

患者签名： 签字时间：

被授权人签名： 与患者关系： 联系电话：

身份证号码： 签字时间：

患者签名： 签字时间：

被授权人签名： 与患者关系： 联系电话：

身份证号码： 签字时间：

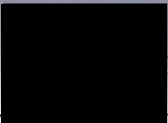
上述告知书内容本人已充分了解，因患者 目前处于 状态，不具备完全民事行为能力，作为其法定代理人，有权作为患者在该医疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

法定代理人签名： 与患者关系： 联系电话：

身份证号码： 签字时间：

气管插管术知情同意书

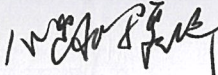
姓名



科别: 抢救

床号:

住院号:

因  拟行气管插管术。因气管插管术属于有创操作, 手术过程中及手术后可能出现下列情况:

- ☒ 1 反射性心跳停止;
- ☒ 2 可能引起胃内容物返流至气管, 引起窒息缺氧, 引起吸入性肺炎, 危及生命;
- ☒ 3 口腔粘膜、咽喉、气管损伤, 牙齿脱落;
- ☒ 4 环状关节脱位、声带损伤;
- ☒ 5 因个人生理解剖结构不同, 气管插管失败, 需行紧急气管切开治疗;
- ☒ 6 由于医学的复杂性, 可能发生心脑血管意外等其他不可预见的并发症。

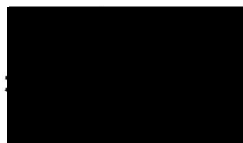
医生将严格按操作规范认真操作, 尽可能防范可能出现的并发症, 但因临床医学有难以估计的特殊性, 在医生尽了最大努力后, 仍有可能出现上述意外。

本人已详细阅读以上告知内容, 对医护人员的解释已经听清楚, 对出现上述并发症和风险表示理解, 经慎重考虑, 我做出以下决定:

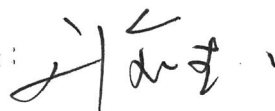
☒ 同意气管插管术

☐ 不同意气管插管术

患者家属签字:



谈话医生签名:



72小时内诊疗知情告知同意谈话

姓名

入院后主要病情:

发现右下肺结节1月

重要体格检查结果:

体温:37.2℃ 脉搏:77次/分 呼吸:20次/分 血压:169/62mmHg 神清,锁骨上未触及肿大淋巴结,气管居中,胸壁无畸形,两侧呼吸动度对称,触诊语颤对称,胸部叩诊清音,双肺呼吸音清晰,对称,未闻及啰音。心律齐,心界无扩大,未闻及病理性杂音。腹平软,无压痛反跳痛,肝脾肋下未及,移动性浊音阴性,双下肢无水肿。

辅助检查结果:

2020-3-13余杭二院胸部CT:两肺斑片影,感染可能,右下肺叶混合磨玻璃影,支气管病变。

目前诊断:

1、右下肺部阴影:炎症?结核?肿瘤?;2、高血压

可能出现的并发症和风险:

肿瘤远处转移、肺部感染不易控制、呼吸衰竭、肿瘤恶化致全身衰竭、肺不张、心脑血管意外等发生可能。

已采取得医疗措施:

完善三大常规,凝血功能,胸部CT等检查

进一步诊疗措施:

根据结果制定下一步治疗

预后:

如为恶性肿瘤,则长期预后差

患者(或被委托人)应注意的事项:

配合治疗

本患者可选择的其他医疗方案:

直接手术、免疫治疗、中医药治疗等

患者(或被委托人)签名

医师签名

谈话时间 2020年03月18日 10时54分