

首都医科大学附属北京友谊医院

住院病人须知

非常感谢您对医院的信任和支持，欢迎您来我院就医。

为了加强医疗机构的职业道德建设，纠正行业不正之风，完善医药价格公示制度和费用查询制度，请您在住院治疗期间协助和监督我们的工作。

1、请不要向医院的工作人员送钱、送物（包括饮料、食品等）。

2、请不要以各种名义宴请医院工作人员。

3、医院工作人员如果向您索要钱物，请向医院或上级有关部门举报，我们将予以查处。

4、在住院处等候大厅设有电子触摸屏，用扫描枪扫描您的就诊卡号，选择所要查询的时间范围，即可查询住院期间的每日医药费用。（请按电子触摸屏上的使用说明进行操作）。

北京公共卫生公益电话：12320

北京市价格举报中心电话：12358

首都医科大学附属北京友谊医院纪检监察处：63138682

首都医科大学附属北京友谊医院物价咨询电话：63138646



现住址：—

联系人姓名：

联系人电话：

（请用正楷填写，谢谢！）

患者或家属签字

签字日期 17 年 7 月 23 日

首都医科大学附属北京友谊医院

住院知情同意书

登记号

床号 [床号] (-100), 姓名

性别 男

年龄 60岁

住院号

尊敬的患者及家属:

您好!

首先感谢您对我院的信任和选择。为了方便您在住院期间的诊疗,提供优质医疗服务,请您与我们相互配合共同约定如下:

- 1、请您再次确认您委托的人通讯方式准确有效,以便我们及时找到,否则,可能会由于找不到被委托人无法签字,致使有些重要抢救及治疗措施无法实施造成延误。
- 2、根据有关条例的规定,我们应如实向您讲明您的病情,以尊重您的知情权,但您也可以要求我们仅向您的被委托人进行解释。
- 3、如您在住院期间发生紧急情况急需抢救,您授权我院进行下列操作不需要您委托的人签字:
 - (1)电除颤、心内注射、胸外按压、开胸心脏按摩。
 - (2)气管插管、气管切开术。
 - (3)其他紧急情况时的抢救措施。
- 4、在住院前患者本人及被委托人应如实向医生讲明患者的既往病史、家族史、过敏史、慢性病史及精神障碍史等,不得隐瞒,否则由此而引起的病情加重或危及生命的不良后果,院方不承担责任。
- 5、我院为教学医院,希望患者在住院期间配合我院的教学工作。
- 6、医院有权根据病情及治疗需要调换患者的房间和床位,患者及被委托人应予以配合。
- 7、患者和被委托人应于住院前办理好交费手续,住院期间根据院方的续费通知于3日内办理好补交手续。
- 8、为了保证您的治疗、安全及医院的医疗秩序,病人住院期间应遵守医院的规章制度,病人及家属损坏医院的设施、设备,应照价赔偿。
- 9、患者及家属对医疗工作有权提出批评意见和建议,如对医疗工作有异议,可以通过协商和法律途径解决,但不得以医疗纠纷为由寻衅滋事、抢夺病历资料或扰乱工作秩序。

以上内容我同意。

患者或家属签字:

被委托人签字:

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

尊敬的患者：

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较一般检查与治疗难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中与治疗中以及检查治疗后都有可能出现的并发症等）、替代治疗方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	
医 师 说 明	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） 胸闷胸痛1天 【过敏史】无 【检查与治疗前诊断】NSTB 【拟行检查与治疗适应症】 ☐ 胸闷/胸痛待查 ☐ 冠状动脉疾病 ☐ 隐匿型/无症状型心肌缺血 ☐ 稳定型心绞痛 ☐ 不稳定型心绞痛 ☒ 非ST段抬高型心肌梗死 ☐ 急性ST段抬高型心肌梗死 ☐ 心力衰竭和心律失常 ☐ 陈旧性心肌梗死 ☐ PCI术后复查 ☐ CABG术后复查 ☐ 心脏外科术前常规检查（瓣膜病，心包疾病，先天性等） ☐ 外周动脉血管疾病（肾动脉狭窄、锁骨下动脉狭窄、股动脉狭窄等） ☐ 右心系统疾病，肺血管疾病 ☐ 其它 【建议拟行检查与治疗名称】 ☒ 冠状动脉造影术

常用电话

发热门诊 9439
 急诊药房 8612

区域		污染区		清洁区	
楼层	病区	病区	病区	病区	病区
		8055	护士站办		9445

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

☒ 经皮冠状动脉球囊扩张血管成形术

☐ 冠状动脉药物洗脱支架植入术

☐ 左心室造影

☐ 外周动脉血管造影

☐ 外周动脉血管支架

☐ 经静脉临时起搏器置入术

☐ 主动脉球囊反搏泵置入术 (IABP)

☐ 冠状动脉血管内超声 (IVUS)

☐ 冠状动脉血流储备分数 (FFR)

☐ 光学相干断层成像 (OCT)

☐ 冠状动脉腔内成形术

☐ 右心导管检查

☐ 其它

【检查与治疗目的】了解 ☒ 冠状动脉 ☐ 左心室 ☐ 外周血管 ☐ 右心及肺动脉病变情况，干预有治疗意义病变。

【检查与治疗部位】 ☒ 冠状动脉 ☐ 外周血管 ☐ 旁路移植桥血管 ☐ 左心室 ☐ 其他

【替代检查与治疗方案】 (目前的主要不同检查与治疗方案介绍)

1、冠状动脉CTA检查：优点为创伤小，但准确性稍差，检查受心率及病变本身影响，部分病变狭窄程度无法判定，存在假阳性及假阴性等情况。

2、药物治疗：是冠心病二级预防基础，能部分缓解症状，但不能从根本上解除冠脉严重病变，长期预后不如PCI或CABG治疗。

3、冠状动脉搭桥术治疗：优点可一次性完成多处血运重建，合并糖尿病、左主干及多支病变长期获益较大，缺点为创伤大，恢复慢，对多个脏器功能要求高，桥接部位血管条件差者手术困难或效果不佳。

【麻醉方式及风险】局部麻醉 (风险详见下文相关部分)

【该患者需特殊注意事项】

【检查与治疗风险，包括检查与治疗中或检查与治疗后可能出现的并发症等】

☒ 过敏反应 (包括对比剂、麻醉剂及术中用药等)

☒ 动静脉瘘、局部血肿、血管损伤、动脉夹层、腹膜后血肿、神经损伤、感觉障碍

☒ 局部皮肤压迫性损伤、穿刺肢体血肿、缺血，严重者需外科手术，甚至截肢

☒ 感染 (包括局部及全身)

☒ 血管迷走反射



首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

- ☒ 16、血栓形成或栓塞（包括脑、肺、肾、肠系膜及四肢动静脉系统等）
- ☒ 17、冠脉穿孔、心肌穿孔、心脏破裂、心包填塞
- ☒ 18、猝死
- ☒ 19、脑血管并发症（包括脑出血、脑梗死、TIA等）
- ☒ 20、胃肠道出血、及其他系统动静脉大出血
- ☒ 21、急性心肌梗死、急性心衰、心源性休克、严重恶性心律失常
- ☐ 22、对比剂肾病，严重者需透析治疗
- ☐ 23、支架脱落
- ☒ 24、支架内急性、亚急性及晚期血栓形成
- ☒ 25、支架术后再狭窄
- ☒ 26、导管断裂、打结
- ☒ 27、X线损伤
- ☒ 28、手术不成功
- ☒ 29、其他

【检查与治疗后主要注意事项】适量饮水促进对比剂排出，穿刺部位制动，防止出血、血肿，如有任何不适或异常，请及时通知医务人员处理。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

【拒绝检查与治疗可能发生的后果】

延误诊断、治疗，病情加重，恶化甚至导致各种心血管事件，甚至死亡。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知晓并充分理解了上述信息。

谈话医师签名：_____

术者签名确认：_____

患者/患者近亲属/法定监护人确认：_____

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方式。

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

患者知情同意内容	也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查与治疗及其医疗风险等相关的问题 向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。<u>金P内容特做以下声明</u> <u>我已认真阅读并完全理解医师对我解释的</u> (请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样) 我<u>同意</u> (填写“同意”) 接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。 并授权医师：在检查与治疗中或检查与治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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检查与治疗方案实施必要的抢救。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 患者近亲属/法定监护人身份：_____ 签名时间：<u>2021</u>年<u>7</u>月<u>2</u>日 我_____ (填写“不同意”) 接受医师建议的特殊检查与治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：_____年_____月_____日_____时_____分 签名地点：_____
备注	患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由：_____ 记录人：_____ 见证人：_____ 见证人身份证号码：_____ 时间：_____年_____月_____日_____分 地点：_____ 如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况，签名并注明时间，也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

首都医科大学附属北京友谊医院

住院病人须知

姓名

登记号

住院号

非常感谢您对医院的信任和支持，欢迎您来我院就医。

为了加强医疗机构的职业道德建设，纠正行业不正之风，完善医药价格公示制度和费用查询制度，请您在住院治疗期间协助和监督我们的工作。

- 1、请不要向医院的工作人员送钱、送物（包括饮料、食品等）。
- 2、请不要以各种名义宴请医院工作人员。
- 3、医院工作人员如果向您索要钱物，请向医院或上级有关部门举报，我们将予以查处。
- 4、在住院处等候大厅设有电子触摸屏，用扫描枪扫描您的就诊卡号，选择所要查询的时间范围，即可查询住院期间的每日医药费用。（请按电子触摸屏上的使用说明进行操作）。

北京公共卫生公益电话：12320

北京市价格举报中心电话：12358

首都医科大学附属北京友谊医院纪检监察处：63138682

首都医科大学附属北京友谊医院物价咨询电话：63138646



现住址：_____

联系人姓名

联系人电话

（请用正楷填写，谢谢！）

患者或家属签字

签字日期 2018 年 1 月 9 日

首都医科大学附属北京友谊医院

病人委托书

委托人(患者)姓名: [REDACTED]

被委托人 姓名: [REDACTED]

单位: [REDACTED]

身份证号 [REDACTED]

联系电话 [REDACTED]

住址: [REDACTED]

委托事项:

1. 被委托人代理委托人履行住院期间医疗文书(手术知情同意书及有创检查/治疗知情同意书等)上的签字手续。



委托人签字: [REDACTED]

被委托人签字 [REDACTED]

2. 被委托人代理委托人知晓病情和医院的医疗措施及医疗风险。

委托人签字: [REDACTED]

被委托人签字 [REDACTED]

2018年1月1日

注: 上述委托代理事项如有变更, 患方应立即通知医院

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

尊敬的患者：

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较高难度、较高风险、有一定危险性、可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗。医科特向您详细解释：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中、治疗中以及检查治疗后都有可能出现的并发症等）、替代治疗方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名 科 室 身份证号
医生说明	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） 间断性胸闷、胸痛4月余 【过敏史】否认 【检查与治疗前诊断】冠状动脉粥样硬化性心脏病 【拟行检查与治疗适应症】 ☒ 胸闷/胸痛待查 ☒ 冠状动脉疾病 ☐ 隐匿型/无症状型心肌缺血 ☐ 稳定型心绞痛 ☐ 不稳定型心绞痛 ☐ 非ST段抬高型心肌梗死 ☐ 急性ST段抬高型心肌梗死 ☐ 心力衰竭和心律失常 ☐ 陈旧性心肌梗死 ☐ PCI术后复查 ☐ CABG术后复查 ☐ 心脏外科手术前常规检查（瓣膜病、心包疾病、先天性等） ☐ 外周动脉血管疾病（肾动脉狭窄、锁骨下动脉狭窄、股动脉狭窄等） ☐ 右心系统疾病、肺血管疾病 ☐ 其它 【建议拟行检查与治疗名称】 ☒ 冠状动脉造影术

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗 医明知情同意书

☒ 经皮冠状动脉球囊扩张术/支架植入术

☐ 冠状动脉药物洗脱支架植入术

☐ 左心室造影

☐ 外周动脉血管造影

☐ 外周动脉血管支架

☐ 经静脉临时起搏器置入术

☐ 主动脉球囊反搏泵置入术 (IABP)

☐ 冠状动脉血管内超声 (IVUS)

☐ 冠状动脉血流储备分数 (FFR)

☐ 光学相干断层成像 (OCT)

☐ 冠状动脉旋磨术

☐ 右心导管检查

☐ 其它

【检查与治疗目的】了解☐ 冠状动脉 ☐ 左心室 ☐ 外周血管 ☐ 右心及肺动脉病变情况，干预有治疗意义病变。

【检查与治疗部位】☐ 冠状动脉 ☐ 外周血管 ☐ 旁路移植桥血管 ☐ 左心室 ☐ 其他

【替代检查与治疗方案】(目前的主要不同检查与治疗方案介绍)

1. 冠状动脉CTA检查。优点为创伤小，但准确性稍差，检查受心率及病变本身影响，部分病变狭窄程度无法判定，存在假阳性及假阴性等情况。

2. 药物治疗：是冠心病二级预防基础，能部分缓解症状，但不能从根本上解除冠脉严重病变，长期预后不如PCI或CABG治疗。

3. 冠状动脉搭桥术治疗：优点可一次性完成多处血运重建，合并糖尿病、左主干及多支病变长期获益较大，缺点为创伤大，恢复慢，对多个脏器功能要求高，桥接部位血管条件较差者手术困难或效果不佳。

【麻醉方式及风险】局部麻醉(风险详见下文相关部分)

【该患者需特殊注意事项】

【检查与治疗风险，包括检查与治疗中或检查与治疗后可能出现的并发症等】

☒ 1. 过敏反应(包括对比剂、麻醉剂及术中用药等)

☒ 2. 动静脉瘘、局部血肿、血管损伤、动脉夹层、腹膜后血肿、神经损伤、感觉障碍

☒ 3. 局部皮肤压迫性损伤、穿刺肢体血肿、缺血，严重者需外科手术，甚至截肢

☒ 4. 感染(包括局部及全身)

☐ 5. 血管迷走反射

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

患者知情同意内容	检查与治疗及其医疗风险等相关的问题 向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。 <u>我已认真阅读并完全理解医师对我解释的内容。</u> (请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样) 我<u>同意</u> (填写“同意”) 接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。 并授权医师：在检查与治疗中或检查与治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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检查与治疗方案实施必要的抢救。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 患者近亲属/法定监护人身份：_____ 签名时间：<u>2018</u>年<u>1</u>月_____ 我<u>不同意</u> (填写“不同意”) 接受医师建议的特殊检查与治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：____年____月____日____时____分 签名地点：_____
备注	患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由：_____ 记录人：_____ 见证人：_____ 见证人身份证号码：_____ 时间：____年____月____日____分 地点：_____ 如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

☒ 6. 血栓形成或栓塞（包括肺、脑、肾、肠系膜及四肢动静脉系统等）

☒ 7. 冠脉穿孔、心肌穿孔、心脏破裂、心包填塞

☒ 8. 猝死

☒ 9. 脑血管并发症（包括脑出血、脑梗死、TIA等）

☒ 10. 胃肠道出血、及其他系统动静脉大出血

☒ 11. 急性心肌梗死、急性心衰、心源性休克、严重恶性心律失常

☒ 12. 对比剂肾病，严重者需透析治疗

☒ 13. 支架脱落

☒ 14. 支架内急性、亚急性及晚期血栓形成

☒ 15. 支架后再狭窄

☒ 16. 导管断裂、打结

☒ 17. X线损伤

☒ 18. 手术不成功

☐ 19. 其他

【检查与治疗后的主要注意事项】适量饮水促进对比剂排出，穿刺部位制动，防止出血、血肿，如有任何不适或异常，请及时通知医务人员处理。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个体体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

【拒绝检查与治疗可能发生的后果】

延误诊断、治疗，病情加重，恶化甚至导致各种心血管事件，甚至死亡。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知晓并充分理解了上述信息。

谈话医师签名：

时间：2018年1月9日 17时4分 地点：51058

术者签名确认：

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症（患者本人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个体体质差异的影响，检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方案，也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、

首都医科大学附属北京友谊医院

病人委托书

委托人（患者）姓名

被委托人 姓名：

单位：

身份证

联系电

住址：

委托事项：

1. 被委托人代理委托人履行住院期间医疗文书（手术知情同意书及有创检查/治疗知情同意书等）上的签字手续。

委托人签字：

被委托人签字：

2. 被委托人代理委托人知晓病情和医院的医疗措施及医疗风险。

委托人签字：

被委托人签字：

2017 年 8 月 16 日



首都医科大学附...



发热告知签字



新冠筛查.doc - ...



病案阅读



常用电话

发热二线 9439

急诊药房 8612

急诊收费处 8645

急诊分诊台 8325

外诊门诊

区域 楼层	污染区		清洁区	
	科室	电话	姓名	电话
一层	筛查室	8055	护士长办	9445
	一诊室	8056	任亚楠	18910266304
	治疗室	9450	顾慧	13521398598
				8326

首都医科大学附属北京友谊医院

住院知情同意书

住院号: 85915
病历号: 00187813

尊敬的患者及家属:

您好!

首先感谢您对我院的信任和选择。为了方便您在住院期间的诊疗,提供优质医疗服务,请您与我们相互配合共同约定如下:

- 1、请您再次确认您委托的人通讯方式准确有效,以便我们及时找到,否则,可能会由于找不到被委托人无法签字,致使有些重要抢救及治疗措施无法实施造成延误。
- 2、根据有关条例的规定,我们应如实向您讲明您的病情,以尊重您的知情权。但您也可以要求我们仅向您的被委托人进行解释。
- 3、如您在住院期间发生紧急情况急需抢救,您授权我院进行下列操作不需要您委托的人签字:
 - (1) 电除颤、心内注射、胸外按压、开胸心脏按摩。
 - (2) 气管插管、气管切开术。
 - (3) 其他危急情况时的抢救措施。
- 4、在住院前患者本人及被委托人应如实向医生讲明患者的既往病史、家族史、过敏史、慢性病史及精神障碍史等,不得隐瞒,否则由此而引起的病情加重或危及生命的不良后果,院方不承担责任。
- 5、我院为教学医院,希望患者在住院期间配合我院的教学工作。
- 6、医院有权根据病情及治疗需要调换患者的房间和床位,患者及被委托人应予以配合。
- 7、患者和被委托人应于住院前办理好交费手续,住院期间根据院方的续费通知于3日内办理好补交手续。
- 8、为了保障您的治疗、安全及医院的医疗秩序,病人住院期间应遵守医院的规章制度。病人及家属损坏医院的设施、设备,应照价赔偿。
- 9、患者及家属对医疗工作有权提出批评意见和建议,如对医疗工作有异议,可以通过协商和法律途径解决,但不得以医疗纠纷为由寻衅滋事、抢夺病历资料或扰乱工作秩序。

以上内容我同意。 患者或家属签字:

毕浦依

被委托人签字:

赵同美

2017 年 8 月 16 日

常用电话

发热门诊	9439
急诊药房	8612
急诊收费处	8645
急诊分诊台	8325
外诊 8524	
发热门诊	8057

区域	污染区	清洁区
楼层		
一层	筛查室	8055
	一诊室	8056
	治疗室	9450
	留观医生办	8051
	护士长办	9445
	任亚晴	18910266304
	薛 慧	13521398598
	陆道①	8326
	陆道②	9432

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

尊敬的患者：

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较一般检查与治疗难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中与治疗中以及检查治疗后都有可能出现的并发症等），替代诊治方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名： <u>毕浦德</u> 性 别： <u>男</u> 年 龄： <u>60岁</u> 科 室： <u>心脏中心</u> 病房或病区： <u>[病区]</u> 住院号： <u>859195</u> 身份证号码： <u>110104195706210018</u> 登记号： <u>00187813</u>
医 师 说 明	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） 【过敏史】 【检查与治疗前诊断】 【拟行检查与治疗适应症】  ☐ 胸闷/胸痛待查 ☐ 冠状动脉疾病 ☐ 隐匿型/无症状型心肌缺血 ☐ 稳定型心绞痛 ☒ 不稳定型心绞痛 ☐ 非ST段抬高型心肌梗死 ☐ 急性ST段抬高型心肌梗死 ☐ 心力衰竭和心律失常 ☐ 陈旧性心肌梗死 ☐ PCI术后复查 ☐ CABG术后复查 ☐ 心脏外科手术前常规检查（瓣膜病，心包疾病，先心病等） ☐ 外周动脉血管疾病（肾动脉狭窄、锁骨下动脉狭窄、股动脉狭窄等） ☐ 右心系统疾病，肺血管疾病 ☐ 其它 【建议拟行检查与治疗名称】 ☒ 冠状动脉造影术



首都医科大学附...



发热告知签字



新冠筛查.doc - ...



病案阅读



常用电话

发热二线 9439

急诊药房 8612

急诊收费处 8545

区域 楼层	污染区		清洁区	
	筛查室	8055	护士长办	9445
				18910266304

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

☐ 经皮冠状动脉球囊扩张血管成形术

☐ 冠状动脉药物洗脱支架植入术

☐ 左心室造影

☐ 外周动脉血管造影

☐ 外周动脉血管支架

☐ 经静脉临时起搏器置入术

☐ 主动脉球囊反搏泵置入术 (IABP)

☐ 冠状动脉血管内超声 (IVUS)

☐ 冠状动脉血流储备分数 (FFR)

☐ 光学相干断层成像 (OCT)

☐ 冠状动脉旋磨术

☐ 右心导管检查

☐ 其它

【检查与治疗目的】了解☐ 冠状动脉 ☐ 左心室 ☐ 外周血管 ☐ 右心及肺动脉病变情况，干预有治疗意义病变。

【检查与治疗部位】☐ 冠状动脉 ☐ 外周血管 ☐ 移植桥血管 ☐ 左心室 ☐ 其他

【替代检查与治疗方案】(目前的主要不同检查与治疗方案介绍)

1、冠状动脉CTA检查：优点为创伤小，但准确性稍差，检查受心率及病变本身影响，部分病变狭窄程度无法判定，存在假阳性及假阴性等情况。

2、药物治疗：是冠心病二级预防基础，能部分缓解症状，但不能从根本上解除冠脉严重病变，长期预后不如PCI或CABG治疗。

3、冠状动脉搭桥术治疗：优点可一次性完成多处血运重建，合并糖尿病、左主干及多支病变长期获益较大，缺点为创伤大，恢复慢，对多个脏器功能要求高，桥接部位血管条件差者手术困难或效果不佳。

【麻醉方式及风险】局部麻醉(风险详见下文相关部分)

【该患者需特殊注意事项】

【检查与治疗风险，包括检查与治疗中或检查与治疗后可能出现的并发症等】

☒ 1、过敏反应(包括对比剂、麻醉剂及术中用药等)

☒ 2、动静脉瘘、局部血肿、血管损伤、动脉夹层、腹膜后血肿、神经损伤、感觉障碍

☒ 3、局部皮肤压迫性损伤，穿刺肢体血肿、缺血，严重者需外科手术，甚至截肢

☒ 4、感染(包括局部及全身)

☒ 5、血管迷走反射

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

☒ 6、血栓形成或栓塞（包括脑、肺、肾、肠系膜及四肢动静脉系统等）

☒ 7、冠脉穿孔、心肌穿孔、心脏破裂、心包填塞

☒ 8、猝死

☒ 9、脑血管并发症（包括脑出血、脑梗死、TIA等）

☒ 10、胃肠道出血，及其他系统动静脉大出血

☒ 11、急性心肌梗死、急性心衰、心源性休克、严重恶性心律失常

☒ 12、对比剂肾病，严重者需透析治疗

☒ 13、支架脱落

☒ 14、支架内急性、亚急性及晚期血栓形成

☒ 15、支架术后再狭窄

☒ 16、导管断裂、打结

☒ 17、X线损伤

☒ 18、手术不成功

☒ 19、其他

【检查与治疗后主要注意事项】适量饮水促进对比剂排出，穿刺部位制动，防止出血、血肿，如有任何不适或异常，请及时通知医务人员处理。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

【拒绝检查与治疗可能发生的后果】

延误诊断、治疗，病情加重、恶化甚至导致各种心血管事件，甚至死亡。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知晓并充分理解了上述信息。

谈话医师签名：周志明 时间：2017年8月12日14时10分 地点：住院部-8

术者签名确认：周志明

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症（患者本人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方案，也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

检查与治疗及其医疗风险等相关的问题

向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的全部内容。

(请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样)

我同意 (填写“同意”) 接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。

并授权医师：在检查与治疗中或检查与治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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检查与治疗方案实施必要的抢救。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：15810604966

患者近亲属/法定监护人身份证号码：110104195202270041

签名时间：2017年8月17日 8时20分 签名地点：A11-2

我_____ (填写“不同意”) 接受医师建议的特殊检查与治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：____年____月____日____时____分 签名地点：_____

患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由：_____

记录人：_____

见证人：_____ 见证人身份证号码：_____

时间：____年____月____日____分 地点：_____

如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间，也可请医务人员或其他知情患者签名证实。



首都医科大学附属...



发热门诊签字



新冠筛查.doc - ...



病案阅读



常用电话

发热门诊

9439

区域

污染区

清洁区

9445

首都医科大学附属北京友谊医院

病人委托书

委托人(患者)姓名 毕楠 性别 男 年龄 60 住院号 11115 电话: 0107813
被委托人 姓名: 赵同美 性别 女 年龄 65
单位: 无
身份证号码: 110104195202270041
联系电话: 13643143193 13693143193
住址: 有仁胡同17号

委托事项:

1. 被委托人代理委托人履行住院期间医疗文书(手术知情同意书及有创检查/治疗知情同意书等)上的签字手续。



委托人签字: 毕楠
被委托人签字: 赵同美

2. 被委托人代理委托人知晓病情和医院的医疗措施及医疗风险。

委托人签字: 毕楠
被委托人签字: 赵同美

2017年12月12日

注: 上述委托代理事项如有变更, 患方应立即通知医院



首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

尊敬的患者：

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较一般检查与治疗难度更高、侵袭性更大、有一定危险性、可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中与治疗中以及检查治疗后都有可能出现的并发症等）、替代诊治方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一 般 项 目	患者姓名： <u>毕通强</u> 性 别： <u>男</u> 年 龄： <u>60岁</u>
	科 室： <u>心脏中心</u> 病房或病区： <u>心内三区</u> 住院号： <u>859195</u> 身份证号码： <u>110104195706210018</u> 登记号： <u>00187813</u>
医 师 说 明	【病情简介】（主要症状、体征、疾病严重程度） 冠状动脉粥样硬化性心脏病 急性下壁、后壁心肌梗死 冠状动脉瘤样扩张 双支病变（累及LAD、RCA）心功能II级（Killip分级） 【过敏史】暂无 【检查与治疗前诊断】冠状动脉粥样硬化性心脏病 急性下壁、后壁心肌梗死 冠状动脉瘤样扩张 双支病变（累及LAD、RCA）心功能II级（Killip分级） 【拟行检查与治疗适应症】冠状动脉粥样硬化性心脏病 急性下壁、后壁心肌梗死 ☐ 胸闷/胸痛待查 ☐ 冠状动脉疾病 ☐ 隐匿型/无症状型心肌缺血 ☐ 稳定型心绞痛 ☐ 不稳定型心绞痛 ☐ 非ST段抬高型心肌梗死 ☐ 急性ST段抬高型心肌梗死 ☐ 心力衰竭和心律失常 ☐ 陈旧性心肌梗死 ☐ PCI术后复查 ☐ CABG术后复查 ☐ 心脏外科术前常规检查（瓣膜病、心包疾病、先心病等） ☐ 外周动脉血管疾病（肾动脉狭窄、锁骨下动脉狭窄、股动脉狭窄等） ☐ 右心系统疾病，肺血管疾病 ☐ 其它



首都医科大学附...



发热告知签字



新冠筛查.doc - ...



北京友谊医院-病...

常用电话

发热二线

9439

区域

污染区

清洁区

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

【建议拟行检查与治疗名称】

- ☐ 冠状动脉造影术
- ☐ 腔内冠状动脉球囊扩张血管成形术
- ☐ 冠状动脉药物洗脱支架植入术
- ☐ 左心室造影
- ☐ 外周动脉血管造影
- ☐ 外周动脉血管支架
- ☐ 经静脉临时起搏器置入术
- ☐ 主动脉球囊反搏泵置入术 (IABP)
- ☐ 冠状动脉血管内超声 (IVUS)
- ☐ 冠状动脉血流储备分数 (FFR)
- ☐ 光学相干断层成像 (OCT)
- ☐ 冠状动脉旋磨术
- ☐ 右心导管检查
- ☐ 其它



【检查与治疗目的】了解☐ 冠状动脉 ☐ 左心室 ☐ 外周血管 ☐ 右心及肺动脉病变情况，干预有治疗意义病变。

【检查与治疗部位】☐ 冠状动脉 ☐ 外周血管 ☐ 旁路移植桥血管 ☐ 左心室 ☐ 其他

【替代检查与治疗方案】(目前的主要不同检查与治疗方案介绍)

1. 冠状动脉CTA检查：优点为创伤小，但准确性稍差，检查受心率及病变本身影响，部分病变狭窄程度无法判定，存在假阳性及假阴性等情况。
2. 药物治疗：是冠心病二级预防基础，能部分缓解症状，但不能从根本上解除冠脉严重病变，长期预后不如PCI或CABG治疗。
3. 冠状动脉搭桥术治疗：优点可一次性完成多处血运重建，合并糖尿病、左主干及多支病变长期获益较大，缺点为创伤大，恢复慢，对多个脏器功能要求高，桥接部位血管条件差者手术困难或效果不佳。

【麻醉方式及风险】局部麻醉 (风险详见下文相关部分)

【患者需特别注意事项】

【检查与治疗风险，包括检查与治疗中或检查与治疗后可出现的并发症等】

- ☐ 1. 过敏反应 (包括对比剂、麻醉剂及术中用药等)
- ☐ 2. 动静脉瘘、局部血肿、血管损伤、动脉夹层、腹膜后血肿、神经损伤、感觉障碍
- ☐ 3. 局部皮肤压迫性损伤，穿刺肢体血肿、缺血，严重者需外科手术，甚至截肢

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

- ☐4、感染（包括局部及全身）
- ☐5、血管迷走反射
- ☐6、血栓形成或栓塞（包括脑、肺、肾、肠系膜及四肢动静脉系统等）
- ☐7、冠脉穿孔、心肌穿孔、心脏破裂、心包填塞
- ☐8、猝死
- ☐9、脑血管并发症（包括脑出血、脑梗死、TIA等）
- ☐10、胃肠道出血、及其他系统动静脉大出血
- ☐11、急性心肌梗死、急性心衰、心源性休克、严重恶性心律失常
- ☐12、对比剂肾病，严重者需透析治疗
- ☐13、支架脱落
- ☐14、支架内急性、亚急性及晚期血栓形成
- ☐15、支架术后再狭窄
- ☐16、导管断裂、打结
- ☐17、X线损伤
- ☐18、手术不成功
- ☐19、其他



【检查与治疗后的主要注意事项】适量饮水促进对比剂排出，穿刺部位制动，防止出血、血肿，如有任何不适或异常，请及时通知医务人员处理。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除手术风险及医疗意外风险等因素，存在术前和术后不可预见的特殊情况，恳请理解。

【拒绝检查与治疗可能发生的后果】

延误诊断、治疗，病情加重、恶化甚至导致各种心血管事件、甚至死亡。

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知晓并充分理解了上述信息。

谈话医师签名：J. Zhang 时间：2017年12月12日14时20分 地点：11B19-326

术者签名确认：[Signature]

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症（患者本人书写第1条到第19条全部内容）向我进行了充分说明，我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

医师已向我解释过其他替代检查与治疗方案及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方案，也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查与治疗及其医疗风险等相关的问题

向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

我已认真阅读并完全理解医师对我解释的全部内容。

(请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样)

我同意(填写“同意”)接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。

并授权医师：在检查与治疗中或检查与治疗后发生紧急情况，为保障患者的生命安全，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检查与治疗方案实施必要的抢救。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____与患者关系：_____联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：2017年12月12日4时20分 签名地点：_____

我不同意(填写“不同意”)接受医师建议的特殊检查与治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____与患者关系：_____联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：_____年_____月_____日_____时_____分 签名地点：_____

患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由：

记录人：_____

见证人：_____

见证人身份证号码：_____

时间：_____年_____月_____日_____分

地点：_____

如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况，签名并注明时间，也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

住院知情同意书

姓名: 毕浦德

住院号: 8715

登记号: 00187813

尊敬的患者及家属:

您好!

首先感谢您对我院的信任和选择。为了方便您在住院期间的诊疗,提供优质医疗服务,请您与我们相互配合共同约定如下:

- 1、请您再次确认您委托的人通讯方式准确有效,以便我们及时找到,否则,可能会由于找不到被委托人无法签字,致使有些重要抢救及治疗措施无法实施造成延误。
- 2、根据有关条例的规定,我们应如实向您讲明您的病情,以尊重您的知情权。但您也可以要求我们仅向您的被委托人进行解释。
- 3、如您在住院期间发生紧急情况急需抢救,您授权我院进行下列操作不需要您委托的人签字:
 - (1) 电除颤、心内注射、胸外按压、开胸心脏按摩。
 - (2) 气管插管、气管切开术。
 - (3) 其他紧急情况时的抢救措施。
- 4、在住院前患者本人及被委托人应如实向医生讲明患者的既往病史、家族史、过敏史、慢性病史及精神障碍史等,不得隐瞒,否则由此而引起的病情加重或危及生命的不良后果,院方不承担责任。
- 5、我院为教学医院,希望患者在住院期间配合我院的教学工作。
- 6、医院有权根据病情及治疗需要调换患者的房间和床位,患者及被委托人应予以配合。
- 7、患者和被委托人应于住院前办理好交费手续,住院期间根据院方的续费通知于3日内办理好补交手续。
- 8、为了保障您的治疗、安全及医院的医疗秩序,病人住院期间应遵守医院的规章制度。病人及家属损坏医院的设施、设备,应照价赔偿。
- 9、患者及家属对医疗工作有权提出批评意见和建议,如对医疗工作有异议,可以通过协商和法律途径解决,但不得以医疗纠纷为由寻衅滋事、抢夺病历资料或扰乱工作秩序。

以上内容我同意。 患者或家属签字:

毕浦德

被委托人签字:

赵同美

2017年12月12日