

长治市人民医院

静注人免疫球蛋白知情同意书

患者翟博雅，因病情需要，院外及医院门诊购买输注人血白蛋白、静注人免疫球蛋白，静点人血白蛋白、静注人免疫球蛋白可能出现以下风险：

- 1) 过敏反应；严重时可引起休克；
- 2) 发热反应；
- 3) 感染肝炎（乙肝、丙肝等）；
- 4) 感染艾滋病、梅毒；
- 5) 感染疟疾；
- 6) 巨细胞病毒或EB病毒感染；
- 7) 其他不良反应及潜在血源感染；
- 8) 自行购买白蛋白质量及保管条件不详，造成其他未知风险。。

患者：_____

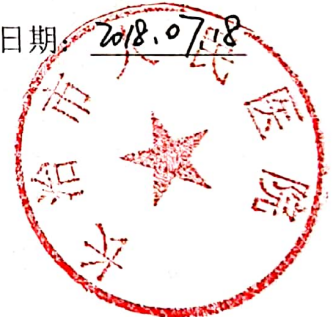
签署日期：_____

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的家属在此签字

患者授权家属：_____

患者关系： 父子

签署日期： 2018.07.18



姓名:

住院号:

长治市人民医院 糖皮质激素治疗知情同意书

姓名:

性别: 男 年龄: 29岁

科室: 神经内科

床号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有自身免疫性脑炎, 需要接受糖皮质激素治疗:

在肾小球疾病的发病机制中, 尽管尚有一些非免疫因素的参与, 但是大多数肾小球肾炎目前被认为是免疫介导性炎症疾病, 免疫发病机制是肾小球疾病的始发机制, 在此基础上加上炎症介质的参与, 最终导致肾小球的损伤以及多种临床症状的产生。

合理地选择包括糖皮质激素在内的各类免疫抑制剂治疗肾脏疾病, 可相当程度地改善肾病患者的预后。

治疗潜在风险和对策

医生告知我糖皮质激素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中的具体内容, 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. 我理解糖皮质激素存在如下副作用:

- 1) 类库欣综合征, 出现满月脸、水牛背、躯干性肥胖、多毛、体重增加等;
- 2) 药物性高血糖、高血压;
- 3) 骨质疏松、股骨头无菌性坏死;
- 4) 诱发消化性溃疡或溃疡复发, 重者出现消化道出血;
- 5) 免疫力降低、继发或加重感染, 继发和加重结核;
- 6) 水钠潴留、早发动脉粥样硬化性疾病及心律失常;
- 7) 精神神经症状;
- 8) 少数病人出现白内障, 眼压增高, 严重者可出现青光眼;
- 9) 少数病人出现肌无力;
- 10) 其它药物副反应;
- 11) 部分患者治疗效果不佳。

3. 我理解如果我患有高血压、糖尿病、肝肾功能不全、感染性疾病、血液系统疾病、免疫功能受损、肿瘤性疾病等情况时, 以上这些风险可能会加大, 甚至会危及生命, 必要时可能不得不中断治疗。

4. 我理解实施治疗过程中如果我不遵医嘱, 可能影响药物效果。

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。

患者知情选择



姓名：

住院号：

长治市人民医院 糖皮质激素治疗知情同意书

- 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和护士共同进行。
- 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 父子

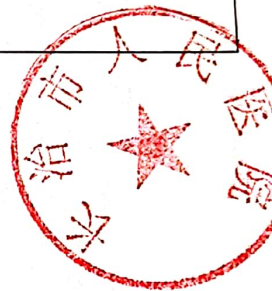
签名日期 2018 年 07 月 18 日

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 暴丽华

签名日期 2018年07月18日



长治市人民医院

腰椎穿刺术知情同意书

姓名:

性别: 男 年龄: 29岁

科室: 神经内科

床号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我的脑部或脊髓患有炎症性、出血性、占位性或其他病变,需要在局部浸润麻醉下进行腰椎穿刺术手术。

腰椎穿刺检查应用于监测脑脊液压力、细胞学及各项生化指标等,对于考虑中枢神经系统感染性疾病、脱髓鞘疾病、肿瘤或其相关疾病等具有重要的诊断意义

手术潜在风险和对策

医生告知我如下腰椎穿刺术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操作的具体内容,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:

1) 穿刺过程中可能会出现如下危险:

a) 穿刺部位出血: 包括皮肤、软组织出血,甚至椎管内出血、蛛网膜下血肿,严重可压迫脊髓及周围神经引起肢体感觉或运动障碍;

b) 感染: 由于患者免疫力低下有可能出现穿刺部位皮肤或软组织感染,严重可出现椎管内感染甚至中枢神经系统感染、败血症;

c) 穿刺过程中有发生损伤周围神经、脊神经根以及脊髓的可能,造成肢体感觉、运动障碍,甚至瘫痪、尿潴留、便失禁等;

d) 有穿刺失败的可能,届时可能需要再次穿刺;

2) 术后可能出现如下危险:

a) 化学药物刺激引起脑脊髓膜炎及白质脑病;

b) 中枢神经系统感染;

c) 颅内压力升高,引起头疼、呕吐、抽搐、癫痫发作、蛛网膜下腔出血,严重时可引起脑疝、昏迷,可引起脑功能性障碍、昏迷、甚至呼吸心跳停止,乃至死亡;

d) 术后低颅压综合征;

e) 鞘内注射药物可引起急性蛛网膜炎,表现为头痛、颈背痛、恶心呕吐、发热、头晕等颅内压增高症状;

f) 鞘内注射药物过敏,如: 发热、皮疹,严重可出现过敏性休克、死亡。

4. 我理解如果我患有高血压、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. 我理解治疗后如果我不遵医嘱,可能影响治疗效果。



长治市人民医院 腰椎穿刺术知情同意书

除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项，如：

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

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 父子

签名日期 2018 年 07 月 18 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 暴丽华

签名日期 2018年07月18日

