

医疗机构:

青州市黄岛区中心医院

(组织机构代码)

医疗付费方式

## 住院病案首页

健康卡号:

第 次住院

病案号:

姓名 性别 ☒ 1.男 2.女 出生日期 年龄 国籍

(年龄不足1周岁的)年龄 月 新生儿出生体重 克 新生儿入院体重 克

出生地 籍贯 民族

身份证件类别 身份证号 职业 婚姻

现住址 黄岛区 电话 邮编

户口地址 邮编

工作单位及地址 工作电话 邮编

联系人姓名 关系 地址 电话

入院途径 ☒ 1.急诊 2.门诊 3.其他医疗机构转入, 转诊医疗机构名称: 9.其他

入院时间 入院科别 病房

出院时间 出院科别 病房

转科科别 实际住院 天

门(急)诊诊断 疾病编码

| 出院诊断              | 疾病编码        | 入院病情 | 出院诊断 | 疾病编码 | 入院病情 |
|-------------------|-------------|------|------|------|------|
| 主要诊断: 再生障碍性贫血     | D61.900     | 1    |      |      |      |
| 其他诊断: 阵发性睡眠性血红蛋白尿 | D59.500x001 | 1    |      |      |      |
| 肠道感染              | A09.000x001 | 2    |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |
|                   |             |      |      |      |      |

入院病情: 1. 有 2. 临床未确定 3. 情况不明 4. 无

损伤、中毒的外部原因 疾病编码

病理诊断

病理编码 病理号 ICD-0-3

最高诊断依据: 10. 生化免疫 药物过敏 ☒ 1. 无 2. 有 过敏药物 死亡患者尸检 ☐ 1. 是 2. 否

血型 ☒ 1.A 2.B 3.O 4.AB 5. 不详 6. 未查 RH型 ☒ 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查

护理级别 1. 特级护理 天 2. I级护理 天 3. II级护理 18 天 4. III级护理 天

科主任 医疗组长 主(副)任医师 主治医师 住院医师

责任护士 进修医师 实习医生 编码员

病案质量 ☒ 1. 甲 2. 乙 3. 丙 质控医师 质控护士 质控日期 2020年10月18日

# 糖皮质激素治疗知情同意书

编码:

姓名: 性别: 科室: 床号: 住院号:

## 疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有肠道炎症, 需要应用糖皮质激素治疗。

糖皮质激素是目前治疗支气管哮喘、慢性阻塞性肺病等气道炎症, 免疫异常性疾病, 控制疾病症状等的常用手段之一, 是迅速控制和缓解病情以挽救生命或保护重要器官功能的必要治疗措施。

## 糖皮质激素治疗的目的(益处):

抑制炎症反应、抑制免疫反应、抗毒、抗休克。

## 潜在风险和对策:

医生告知我如下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, 医生告知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、我理解长期应用糖皮质激素治疗可引起一系列不良反应, 其严重程度与用药剂量及用药时间成正比。

2、我理解使用糖皮质激素治疗过程中可能发生的风险和医生的对策:

(1) 医源性库欣综合征, 如向心性肥胖、满月脸、皮肤紫纹淤斑、类固醇性糖尿病(或已有糖尿病加重)、骨质疏松、自发性骨折甚或骨坏死(如股骨头无菌性坏死)、女性多毛、月经紊乱或闭经不孕、男性阳痿、出血倾向等;

(2) 诱发或加重细菌、病毒和真菌等各种感染;

(3) 诱发或加剧胃十二指肠溃疡, 甚至造成消化道大出血或穿孔;

(4) 高血压、充血性心力衰竭和动脉粥样硬化、血栓形成;

(5) 高脂血症, 尤其是高甘油三酯血症;

(6) 肌无力、肌肉萎缩、伤口愈合迟缓;

(7) 激素性青光眼、激素性白内障;

(8) 精神症状如焦虑、兴奋、欣快或抑郁、失眠、性格改变, 严重时可能诱发精神失常、癫痫发作;

(9) 儿童长期应用影响生长发育;

(10) 长期外用糖皮质激素类药物可出现局部皮肤萎缩变薄、毛细血管扩张、色素沉着、继发感染等不良反应; 在面部长期间外用时, 可出现口周皮炎、酒渣鼻样皮损等;

(11) 吸入型糖皮质激素的不良反应包括声音嘶哑、咽部不适和念珠菌定植、感染。长期使用较大剂量吸入型糖皮质激素者也可能出现全身不良反应。

3、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。

4、医生将以高度的责任心, 认真执行诊疗规范, 选择最合适的治疗方案。一旦出现意外情况或并发症, 将采取积极应对措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异, 意外情况不能做到绝对避免, 且不能确保救治完全成功, 敬请理解。

## 替代方案:



# 青岛市黄岛区中心医院

## 糖皮质激素治疗知情同意书

编码:

姓名: 性别: 科室: 床号: 住院号:

必要时静脉、口服和吸入制剂之间需要同时或序贯使用, 以达到最佳疗效和最小的副作用。免疫异常性疾病可用免疫抑制剂如环磷酰胺替代或同时治疗。

成功的可能性:

康复过程中可能出现的问题:

医生已告知我康复过程中可能出现的问题, 如果我不遵医嘱, 可能影响治疗效果。

1、使用糖皮质激素时可酌情采取如下措施: 低钠高钾高蛋白饮食; 补充钙剂和维生素D等。

2、

拒绝治疗可能产生的后果:

拒绝治疗可能导致延误治疗, 病情加重。

医师陈述:

我已经告知患者拟行治疗方案、潜在利弊、替代方案、成功的可能性, 以及不进行治疗可能导致的后果, 并就患者关心的其他问题做了解答。

医师签名: 签字时间:

患者知情选择:

医生已经告知我拟行治疗方案、潜在利弊、替代方案、成功的可能性并且解答了我关于此次治疗的相关问题; 我已就我的病情及治疗相关情况向医师进行了详细咨询, 并得到了满意的答复; 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

☒ 我同意接受该治疗方案, 并对产生的不良后果已做好充分的思想准备。

☐ 我不同意接受该治疗方案, 并愿意承担因拒绝该治疗措施而产生的一切后果。

☐ 我选择其他治疗方案:

患者签名:

如果患者无法签署, 授权委托人或法定监护人签名: 与患者关系:

签字时间: