

住院病案首页

病案号: 上架号:

姓名  性别 ☒ 1.男 ☐ 2.女 出生日期  年龄 89 国籍 中国

(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 户籍 浙江省金华市 民族 汉族

身份证  职业 农民 婚姻 2 1. 未婚 2. 已婚 3. 丧偶 4. 离婚 9. 其他

现住址 _____ 电话 _____ 7 _____ 邮编 321200

户口住址 邮编 321200

工作单位及住址 _____ 电话 _____ 邮编 _____ 321200

联系人姓名 _____ 关系 _____ 其它 _____ 地址 _____ 电话 _____

入院途径 ☐ 1. 急诊 2. 门诊 3. 其他医疗机构转入 9. 其他

入院时间 2017年08月08日 09时 入院科别 外一科(住院) 病房 转科科别

出院时间 2017年08月18日 09时 出院科别 外一科(住院) 病房 实际住院 11 天

门(急)诊诊断 皮肤恶性肿瘤 疾病编码 C44.900

[illegible]

入院情况: 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: _____ 疾病编码: _____

病理号

药物过敏 ☒ 1.有 2.无 过敏药物: 无 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 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查

科主任 _____ 主任(副主任)医师 _____ 主治医师 _____ 住院医师 _____

责任护士 _____ 进修医师 _____ 实习医师 _____ 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 2017年08月26日

手术及操作代码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	手术及操作医师			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师
				术者	I 助	II 助			
86.4 004	2017/08/11	三级手术	皮肤病损根治性切除术	黄高石	■ ■ ■	-	II/甲	局麻	■ ■ ■
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		

离院方式 ☒ 1. 医嘱离院 2. 医嘱转院，拟接收医疗机构名称：_____

3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院，拟接收医疗机构名称：_____ 4. 非医嘱离院 5. 死亡 9. 其他

是否有出院31天内再住院计划 ☒ 1. 无 2. 有，目的：_____

颅脑损伤患者昏迷时间：入院前 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟 入院后 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟

住院费用(元)：总费用 9761.6600 (自付金额：406.2860)

1. 综合医疗服务类：(1) 一般医疗服务费：150.0000 (2) 一般治疗操作费：0.0000 (3) 护理费：264.0000

(4) 其他费用：340.0000

2. 诊断类：(5) 病理诊断费 195.0000 (6) 实验室诊断费 839.0100 (7) 影像学诊断费 222.0000

(8) 临床诊断项目费：265.0000

3. 治疗类：(9) 非手术治疗项目费：346.5000 (临床物理治疗费：346.5000)

(10) 手术治疗费：2744.0000 (麻醉费：0.0000 手术费：2744.0000)

4. 康复类：(11) 康复费：0.0000

5. 中医类：(12) 中医治疗费：0.0000

6. 西药类：(13) 西药费：2437.9200 (抗菌药物费用：0.0000)

7. 中药类：(14) 中成药费：0.0000 (15) 中草药费：0.0000

8. 血液和血液制品类：(16) 血费：0.0000 (17) 白蛋白类制品费：0.0000 (18) 球蛋白类制品费：0.0000

(19) 凝血因子类制品费：0.0000 (20) 细胞因子类制品费：0.0000

9. 耗材类：(21) 检查用一次性医用材料费：24.0000 (22) 治疗用一次性医用材料费：235.4300

(23) 手术用一次性医用材料费：1618.8000

10. 其他类：(24) 其他费：80.0000

住院期间有无告病危：☒ 1. 无 2. 有； 入住ICU情况：☒ 1. 无 2. 有； 非计划再次手术：☒ 1. 无 2. 有；

并发症情况：☒ 1. 无 2. 有 (如有，请在首页出院诊断栏中列)

单病种管理：☒ 1. 无 2. 有； 临床路径：是否进入：☒ 1. 是 2. 否 是否完成临床路径：☒ 1. 是 2. 否；

是否发生压疮：☒ 1. 是 2. 否 是否住院期间发生：☒ 1. 是 2. 否

住院期间是否发生跌倒或坠床：☒ 1. 是 2. 否 住院期间身体约束：☒ 1. 无 2. 有；

诊断符合情况：门诊与出院 ☒ 入院与出院 ☒ 术前与术后 ☒ 临床与病理 ☒ 放射与病理 ☒ (0. 未做 1. 符合 2. 不符合 3. 不确定) 抢救 ☒ 次 成功 ☒ 次 转归情况 ☒ (1. 治愈 2. 好转 3. 未愈 4. 死亡 5. 其他)

说明：(一) 医疗付费方式 6. 全公费 7. 全自费 8. 其他社会保险 9. 其他
 (二) 凡可由医院信息系统提供住院费用清单的，住院病案首页中可不填写“住院费用”。

武义县第一人民医院 患者授权书

经慎重考虑，我在此授权 ，
作为我在医院医疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者，全权处理本人在诊疗过程中的一切
事务，并在需患者签名以示知情、同意的医疗文书上签字，代理本人行使知情同意权和选择权。一经授权
人签字，本授权书即生效；被授权人之行为视同本人知悉与同意，经代理人签名同意后所实施的诊疗行
为，若产生不良后果将由本人承担。

授权人签名： 身份证号码：

被授权人签名： 身份证号码： 与患者关系：

被授权人签名： 身份证号码： 与患者关系：

被授权人签名： 身份证号码： 与患者关系：

被授权人签名： 身份证号码： 与患者关系：

2017年8月11日

备注：被授权人仅限于相关法规所规定的近亲属、代理人和关系人。

浙江省武义县第一人民医院高值/植入医疗器械使用登记表

手术名称: 右额鳞癌切除术

手术日期: 2017-08-11

产地/品牌: 国产威高

经销公司: 金华正凯

序号	产品名称	规格	型号/REF	单价	数量	金额
1	封闭负压引流套	15x10x1cm	II型-PVA	1175	1	1175
2						
3						
4						
5						
总计/元		1175				

患者/患者家属签名: [Signature]

日期: 2017年8月11日

耗材相关信息资料粘贴处:

合格证 **WEGO威高**

产品名称: 封闭负压引流套
(商品名: 负压引流材料)

注册证号: 国食药监械(准)字2014第3660446号

生产许可证号: 鲁食药监械生产许20130089号

产品标准号: YZB/国0445-2014 型号规格: II型-PVA

医用海绵尺寸: 15cm×10cm×1cm-SG 检验员: 08

生产批号: 20160921 08 灭菌批号: 2016092908

生产日期: 20160928 失效日期: 20180927

生产企业: 山东威高新生医疗器械有限公司

电话: 0631-5621609 5629938 传真: 0631-5660259



(01)06948534701960(17)180927(21)160928121813

备注:

填表说明: (1)此表由手术医师填写; (2)此表必须在手术当天完成; (3)此表必须附在患者手术病史内; (4)器材粘贴处(可在背后)粘贴与产品有关的序列号、条码等信息资料, 但应写明与本页序号的对应关系。

核对人员: 手术医师(兼质检) [Signature]

洗手护士:

跟台器械师: [Signature]

巡回护士: [Signature]

核对日期: 2017.8.11

浙江省武义县第一人民医院
手术记录

患者姓名: [Signature]
病历号: [Signature]
床位号: WY4 第 页

武义县第一人民医院 手术知情同意书

1 您的主诊医生是：

您的经管医生是：

2 目前诊断： 右额部鳞癌

拟施行的手术/操作名称： 右额部皮肤癌根治术+VSD植皮术

3 这是一份有关手术/操作的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的手术、诊断或治疗操作相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次手术操作有关的任何疑问，决定是否同意进行手术或操作。

4 由于已知或未知的原因，任何手术或操作都有可能：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡。因此，医生不能对手术/操作的结果作出任何的保证。您有权知道手术/操作的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。除出现危急生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行手术/操作。在手术/操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本手术/操作。

5 医生会用通俗易懂的语言给您解释：

5.1 手术/操作的性质、目的、预期的效果：

去除病灶，改善机体功能。

5.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险：

a 手术中可能出现的意外和危险性：

术中心跳呼吸骤停，导致死亡或无法挽回的脑死亡，难以控制的大出血，不可避免的临近器官、血管、神经损伤，病情变化导致病情中断或更改手术方案，除上述情况外，本次手术还可能发生下列情况：术中损伤神经及血管。术中伤及皮下及皮肤神经。

b 手术后可能出现的意外及并发症：

术后出血，局部或全身感染，切口裂开，脏器功能衰竭（包括DIC）水电解质紊乱，术后气道阻塞，呼吸心跳骤停，诱发原有或潜在疾病恶化，术后病理报告与术中快速病理检查结果不符，再次手术。除上述情况外，本次手术还可能发生下列并发症：切口感染，切口出血，术后复发，周围及切口种植，或远处转移，植皮坏死及感染，严重需再次植皮及手术治疗。术后需进一步治疗可能如放疗。出现高血压并发症如中风及脑出血，呼吸心跳停止。严重者危及生命。术后疤痕等引起眼睑活动异常及其他难于意料情况。

5.3 针对上述情况将采取的防范措施：

基于术中及术后可能出现的各种并发症，我们将根据现代医疗规范，采取下列防范措施来最大限度地保护病人安全，使治疗过程顺利完成。具体措施为：

1) 术前：①术前：认真评估病人，选择合适的手术方案。②完善各项必须的术前检查，如出凝血时间、肝肾功能、术前免疫全套、心电图、胸片等。③根据基础疾病进行针对性治疗。

2) 术中：①严密监测生命体征变化，保持生命体征平稳，备齐各种急救设备，随时处理术中出现的各种情况；②仔细操作，动作轻柔、准确。③严密止血。

3) 术后：严密监测生命体征及手术部位变化，并针对性使用抗炎、止血药物等对症治疗。

4) 必要时请相关科室会诊协助治疗。

5) 其它

5.4 可供选择的其它治疗方法：继续观察随访

您选择的手术方案：右额部皮肤癌根治术+VSD植皮术

6 如需植入内置物，您同意选择的（如骨科内固定、起搏器等）类型及厂家：

7 您的主刀医生是：黄高石，助手：

手术小组成员包括主刀医生及助手、麻醉师和手术室护士，必要时邀请病理及放射医生。

8 拟定的手术/操作将根据您的授权和同意进行，术中如有紧急或事先没有预料的情况发生，医生将及时与家属取得联系，根据出现的情况，医生将根据专业判断采取任何必要的手术/操作。

9 如果您的医生认为在手术/操作期间您需要输血或血液制品，他/她将会告诉您有关输血或血液制品的风险、利弊，这包括由于输血或血液制品而传染肝炎、艾滋病病毒等可能。因此，您有权同意或拒绝接受输注血液或血液制品。您有任何有关输血的问题都可以及时与经治医生讨论。

浙江省武义县第一人民医院
手术知情同意书

患者姓名：
病历号：
床位号：第 页

11 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片（有可能将其发表）作为医疗和教学之用。

12 为了确保您对上述内容的准确理解，在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前，医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问，希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示：

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容；
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释；
- ③ 您已经得到了有关手术的相关信息；
- ④ 您授权并同意医生为您施行上述手术/操作。

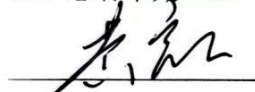
2017年 8 月 11 日 时 分

签名：



☐ 患者本人 ☒ 患方家属 ☐ 父母 ☐ 监护人 ☐ 委托代理人

谈话医生：



时间：

2017.8.11

病情了解、风险告知、要求手术