

住院病案首页

医疗机构

医疗付款方式

健康卡号: -

姓名	[REDACTED]												
(年龄不足1月者) 年龄	—月	(年龄不足1月者) 年龄	—日	新生儿出生体重	—克	新生儿入院体重	—克						
出生地	四川省	省(区、市)	阿坝藏	市	黑水县	县	籍贯	四川省	省(区、市)	阿坝藏	市	民族	藏族
身份证号	[REDACTED]			职业	学生(大中小学)	婚姻	1	1.未婚	2.已婚	3.丧偶	4.离婚	9.其他	
现住址	[REDACTED]			四川省	黑水县	洛多乡	电话	[REDACTED]	邮编	623500			
户口地址	[REDACTED]			四川省	黑水县	洛多乡	电话	[REDACTED]	邮编	623500			
工作单位及地址	[REDACTED]			单位电话	[REDACTED]			邮编	[REDACTED]				
联系人姓名	[REDACTED]	关系	(岳)父母	地址	[REDACTED]			电话	1	[REDACTED]			
入院途径	1	1.门诊	2.急诊	3.其他医疗机构转入	名称	[REDACTED]			4.其他				
入院时间	2022年07月28日10时34分			入院科别	感染科消化病区			转科科别	[REDACTED]				
出院时间	2022年08月11日14时54分			出院科别	感染科消化病区			实际住院	14	天			
门(急)诊诊断	特发性门脉高压? 胰源性门脉高压?			疾病编码	K76.602			入院情况	3	1.危	2.急	3.一般	
入院诊断	食管静脉曲张伴有出血			疾病编码	I85.000			主要诊断确诊日期	2022年07月28日				
住院期间是否病危或病重	2	1.是	2.否	抢救	次	成功	次	确诊天数	1	天			
出院诊断	确诊日期	疾病编码	入院病情	出院情况	出院诊断	确诊日期	疾病编码	入院病情	出院情况				
主要诊断 食管静脉曲张伴有出血	2022-07-28	I85.000	1	2	其它诊断 门脉海绵样变性	2022-07-28	I87.803	1	2				
其它诊断 肺结核及淋巴结核治疗后	2022-07-28	A18.205	1	2									
入院病情: 1.有, 2.临床未确定, 3.情况不明, 4.无 出院情况: 1.治愈, 2.好转, 3.未治, 4.死亡, 5.其他, 6.无效													
损伤和中毒的外部原因 [REDACTED] 疾病编码 [REDACTED] 医院感染名 [REDACTED] 疾病编码 [REDACTED]													
根本死亡原因: [REDACTED] 疾病编码 [REDACTED] 死亡患者尸检: [REDACTED] 1.是 2.否													
病理诊断: [REDACTED] 疾病编码 [REDACTED] 病理号 [REDACTED] TNM分期 [REDACTED]													
血型 2 1.A 2.B 3.O 4.AB 5.未查 6.不详 Rh 2 1.阴 2.阳 3.不详 4.未查													
诊断符合情况 门诊与出院 1 入院与出院 1 术前与术后 1 放射与病理 [REDACTED] 临床与病理 [REDACTED] 0.未做 1.符合 2.不符合 3.不确定													
随访 2 1.是 2.否 随访日期 [REDACTED] 随访月 [REDACTED] 随访年 [REDACTED] 药物过敏: 2 1.无 2.有 过敏药物: 卡介苗纯蛋白衍生物(PPD)													
科主任 [REDACTED] 住院医师 [REDACTED]													
责任护士 [REDACTED] 编码员 倪静													
病案质量 1 [REDACTED] 日期 2022年08月11日													
人员类别 [REDACTED] 地方 [REDACTED] 隶属单位 [REDACTED] 医疗系统 [REDACTED]													
身份 [REDACTED] 地方人员 [REDACTED] 在职状态 [REDACTED] 其他 [REDACTED] 军事训练伤 [REDACTED] 1.是 2.否													

I类手术切口预防性应用抗菌药物 ☐ 1.是 2.否, 使用持续时间 小时 联合用药 ☐ 1.是 2.否

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术操作名称	手术操作医师			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师
				术者	I助	II助			
50.1100x001	2022/08/01	二	超声引导经皮肝脏病灶穿刺活检术	卿小琼					

是否实施临床路径管理 ☒ 1.是 2.否 是否完成临床路径 ☐ 1.是 2.否, 退出原因

是否变异 ☐ 1.是 2.否, 变异原因

检验情况 HBsAg 1 HCV-Ab 1 HIV-Ab 1 0.未查 1.阴性 2.阳性

会诊情况 ☒ 1.无 2.有, 院内会诊 2 次, 外院会诊 次, 其他

住院期间 病危 天 病重 天 ICU 天 CCU 天 特级护理 0 天

一级护理 14 天 二级护理 0 天 三级护理 0 天 发生褥疮 次

输血品种 1.红细胞 单位 2.血小板 单位 3.血浆 ml 4.全血 ml 5.自体血回输 ml

6.白蛋白 g 7.血小板:机采 单位 手工分 单位 8.其他 输血 次 输血反应 次

出院方式 ☒ 1.正常 2.转院, 拟接收医疗机构名称: 3.死亡

是否有出院31天内再住院计划 ☒ 1.有 2.无, 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

是否因同一病种再入院 ☒ 1.是 2.否 与上次出院日期间隔天数 天

住院费用(元): 总费用 9626.2 (自付金额: 9626.2 其他支付: 0)

1. 综合医疗服务类: (1)一般医疗服务费: 790.06 (2)一般治疗操作费: 89 (3)护理费: 350.5
(4)其他费用:

2. 诊断类: (5)病理诊断费: 807 (6)实验室诊断费: 3108.5 (7)影像学诊断费: 2475
(8)临床诊断项目费: 498.88

3. 治疗类: (9)非手术治疗项目费: (临床物理治疗费:)
(10)手术治疗费: 236 (麻醉费: 110 手术费: 126)

4. 康复类: (11)康复费:

5. 中医类: (12)中医治疗费:

6. 西药类: (13)西药费: 572.17 (抗菌药物费用:)

7. 中药类: (14)中成药费: (15)中草药费:

8. 血液和血液制品类: (16)血费: (17)白蛋白类制品费:
(18)球蛋白类制品费: (19)凝血因子类制品费: (20)细胞因子类制品费:

9. 耗材类: (21)检查用一次性医用材料费: 13.31 (22)治疗用一次性医用材料费: 72.78
(23)手术用一次性医用材料费:

10. 其他 (24)其他费: 613

骨髓穿刺活检术知情同意书

患者姓名	性别	女	年龄	18岁	ID号	床号
------	----	---	----	-----	-----	----

一、疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我需要在局麻下进行 骨髓穿刺活检术。

骨髓穿刺/活检的目的:

- ☐ 穿刺取骨髓, 协助确定诊断及检测病情变化;
☐ 骨髓组织性病理检查, 协助确定诊断及检测病情变化;
☐ 其他

二、治疗方案的选择: 针对您(家属)的疾病, 目前在我院有以下几种治疗方案, 医生会为您介绍各种治疗方案的性质、相对优缺点、对您的损害及大致费用等情况, 请您认真考虑, 并做出选择。可供选择方案如下, 请您在听取医生对以下各种治疗方式及其利弊的仔细讲解后, 请选择治疗方式(在框内打勾选择并按指印):

☐ 骨髓穿刺活检术

☐ 其他:

三、手术潜在风险和对策:

医生告知我骨髓穿刺/活检可发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的医疗方案术式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医疗方案的具体内容, 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. 我理解此医疗方案存在以下并发症风险和局限性:

1) 局部感染或败血症: 局部穿刺点发生红、肿、热、痛, 全身感染如发热、寒战;

2) 局麻药过敏, 药物毒性反应;

3) 穿刺部位局部出血血肿;

4) 心血管症状: 穿刺期间可能发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等;

5) 由于疾病原因或病人自身因素导致的穿刺失败, 可能需要再次穿刺;

6) 术中术后出血、渗液、渗血, 损伤周围神经、动脉、静脉, 致出血、血肿形成;

7) 穿刺针折断;

8) 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

四、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。

五、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 骨髓 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。

☐ 患者签名及指印

签名日期 年 月 日

☐ 授权人签名及指印

与患者关系:

签名日期 年 月 日

六、医生陈述:

我要进行的手术方式、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我关于此次手术的相关问题。

医生签名:

签名日期 2022 年 8 月 2 日

西部战区总医院

超声引导下肝组织穿刺活检知情同意书

患者姓名		性别	女	年龄	18岁	ID号		床号	
------	--	----	---	----	-----	-----	--	----	--

一、疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有 门脉高压，建议在 局部活检 麻醉下 进行 肝脏穿刺活检术。

肝脏穿刺术：该操作全部在B超直视下实施，可以在B超下选择进针的最佳路径，避开肉眼可见的血管、胆管、胆囊、肾脏等，从而将穿刺损伤的可能性降至最低。B超引导下细针穿刺，穿刺准确，损伤小，并发症少。

肝脏穿刺术的目的是：

- 1、有针对性的穿刺某些特殊部位，如肿瘤、囊肿、血管瘤等，进行相应诊断。
- 2、确定肝病的原因，对于一些其他方法不能确诊的肝病有一定的确定诊断价值。
- 3、确定肝病的严重程度，包括肝细胞变性坏死的程度和肝纤维化的程度，有助于确定治疗方案及判定预后。
- 4、治疗前后的两次或多次肝穿还有助于了解治疗效果。

二、治疗方案的选择：针对您（家属）的疾病，目前在我院有以下几种治疗方案，医生会为您介绍各种治疗方案的性质、相对优缺点、对您的损害及大致费用等情况，请您认真考虑，并做出选择。可供选择方案如下，请您在听取医生对以下各种治疗方式及其利弊的仔细讲解后，请选择治疗方式（在框内打勾选择并按指印）：

- ☐ 肝脏穿刺活检术
- ☐ 腔镜下肝脏占位活检
- ☐ 手术下肝脏占位活检
- ☐ 其他

三、手术潜在风险和对策

医生告知我如下彩超引导下肝组织穿刺活检可发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的诊治方式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诊治的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

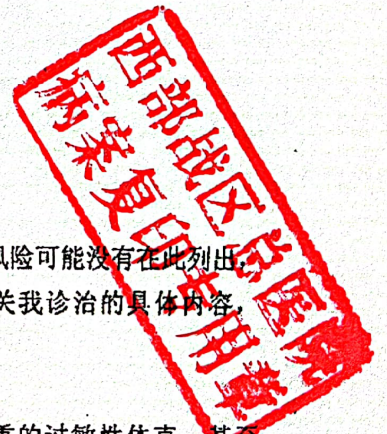
1. 我理解任何治疗麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解治疗可能发生的风险和医生的对策：

肝脏穿刺活检：

- 1) 穿刺局部感染、肝内感染、腹腔内感染或败血症；
- 2) 局麻药过敏，药物毒性反应；
- 3) 穿刺部位局部血肿，皮下气肿，穿刺损伤局部神经；
- 4) 心血管症状：穿刺期间可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等；
- 5) 穿刺失败；
- 6) 渗液、渗血、出血，严重者发生失血性休克乃至死亡；
- 7) 穿刺针折断、遗留、堵塞等；
- 8) 肝脏破裂及肿瘤针道种植转移；

（续下页）（第一页签名处）患方签名：



西部战区总医院

拒绝或放弃医学治疗/检查责任告知书

患者姓名	性别	女	年龄	18岁	ID号	X	床号	
------	----	---	----	-----	-----	---	----	--

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

根据患者目前的疾病状况，医生认为患者应当接受治疗，并建议患者接受适当的医疗措施。但是患者现在拒绝或者放弃我院医护人员建议的以下医疗措施：继续住院治疗。

特此告知可能出现的后果，请患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人认真斟酌后决定。

- 1、拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能导致病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡；
- 2、拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能出现各种感染或使原有的感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长，增加患者的痛苦，甚至可能导致不良后果；
- 3、拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，患者有可能会某一个或者多个器官功能减退、部分功能甚或全部功能的丧失，有可能诱发患者出现出血、休克、其他疾病和症状，甚至产生不良后果；
- 4、拒绝或放弃医学治疗有可能导致原有的医疗花费失去应有的作用；

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见：

我（或是患者的监护人）已年满18周岁且具有完全民事行为能力，我拒绝或放弃医院对我的医学治疗服务。医护人员已经向我解释了接受医疗措施对我的疾病治疗的重要性和必要性，并且已将拒绝或者放弃医学治疗的风险及后果向我作了详细的告知。我拒绝或放弃医学治疗产生的不良后果与医院及医护人员无关。

患者签名及指印：______ 签名日期：2022年8月11日 11时10分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：与患者关系：______

患者授权亲属签名及指印：______ 签名日期：____年____月____日____时____分

医生陈述：

我已经将患者继续接受医学治疗的重要性和必要性以及拒绝或者放弃治疗的风险及后果向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知，并且解答了关于拒绝或者放弃治疗的相关问题。

医生签名：______ 签名日期：2022年8月11日

西部战区总医院

9) 损伤腹腔其他脏器, 严重者需手术治疗;

10) 胆管损伤, 化学性腹膜炎, 肠道损伤, 消化道应激性溃疡出血;

11) 未能穿及并获取足够的肝脏组织;

12) 术后诊断仍不能明确;

13) 其它可能发生的无法预料或者不能防范的并发症。

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. 我理解如果不遵医嘱, 可能影响治疗效果。

四、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。

五、患者知情选择

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式做出调整。

我理解我的治疗需要多位医生共同进行。

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  (指印) 签名日期 2022 年 8 月 1 日

如果患者无  书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名  (指印) 与患者关系 父子 签名日期 2022 年 8 月 1 日

六、医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名  签名日期 2022 年 8 月 1 日

