

聊城市人民医院

ECMO 知情同意书

患者姓名: [] 性别: [] 年龄: 64岁 病历号: [] 签署日期: 2021.8.17

疾病介绍和治疗建议

医生已告知患者有 []，需要进行 ECMO 治疗。

体外膜氧合 (ECMO): 是体外循环技术的扩展和延长应用, 通过引流患者的静脉血, 经过人工膜氧合变成动脉血后通过机械泵 (大多为离心泵) 将血液经动脉或静脉输回患者体内。通过 ECMO 改善患者的低氧血症, 排除二氧化碳, 使心衰的心肺得以休息, 降低肺动脉压力, 减轻心脏负荷, 为心肺功能恢复赢得时间, 并避免长期机械通气可能造成的气道压伤或氧中毒。

ECMO 的转流方式:

1. 静脉-静脉(VV)ECMO
2. 静脉-动脉(VA)ECMO

治疗潜在风险和对策:

医生告知我 ECMO 可能发生如下一些风险, 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手术的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 任何所有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. 此治疗可能发生的风险: 1) 血流动力学不稳定, 如低血压、心律失常和心力衰竭等; 2) 心衰休克及呼吸心跳骤停等其他心血管意外; 3) 凝血功能障碍, 红细胞及血小板破坏; 4) 出血, 如脑出血、有创伤口出血、血肿等; 5) 感染: 包括局部穿刺部位感染及血行性

医师陈述:

我已经告知患者 (患方) 有关输血/血液制品治疗的原因、必要性以及输血/血液制品治疗可能存在的风险性和不良反应, 并解答了关于输血/血液制品治疗相关的问题。

医生签名: [] 签名日期: 2021年8月17日 14时10分

患者 (患方) 知情选择:

有关输血/血液制品治疗的原因、必要性以及输血/血液制品治疗可能存在的风险性和不良反应, 医护人员已经向我们详细告知, 我们理解, 受医学科学技术条件局限, 在输血/

血液制品过程中上述风险是难以完全避免的。

我 同意 (“同意”或“不同意”) 实施必要的输血/血液制品治疗并自主自愿承担可能出现的风险。若在输血/血液制品治疗期间发生意外紧急情况, 同意 (“同意”或“不同意”) 接受贵院的必要处置。

如果患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签名

与患者关系

签名日期 2022 年 8 月 14 日 14 时 10 分

无近亲属签字、无自主意识患者的紧急输血:

无近亲属签字、无自主意识患者的紧急输血, 以患者最大利益原则决定输血治疗, 并报医院职能部门或主管领导同意、备案, 详情记入病历。

该患者无近亲属签字、无自主意识, 以患者最大利益原则, 决定实施紧急输血治疗, 请主管领导审批。

职能部门或主管领导意见:

批准人签字: 批准日期 年 月 日 时 分