

广西医科大学第一附属医院

医患沟通知情同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 9岁3月 病案号: 科室: 儿科二病区

一、医护人员告知内容:

1. 医生已解释如下病情(诊断):

1. 支气管炎
2. 甲状腺机能减退症
3. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征

2. 诊疗计划:

1. 入院检查三大常规、血生化、血气分析、胸片等检查。
2. 继续口服自各优甲乐0.5片 每天两次治疗甲状腺功能减退症。
3. 继续续头孢曲松钠抗感染治疗、甲强龙平喘、口服酮替芬、孟鲁司特钠、三联雾化等对症处理,必要时视情况调整治疗方案。

3. 医疗风险:

1. 感染加重, 出现败血症, 甚至并发肺炎。
2. 疗程长, 肺部病变包裹, 用药可能效果不佳。
3. 病情反复或者加重, 如出现发热、咳嗽加重, 出现脓胸、气胸、呼吸衰竭等严重并发症危及生命的风险。
4. 可能出现药物副作用。
5. 其他不可预知的风险。

二、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案:

1. 口服抗生素治疗。
2. 中医中药。
3. 其他。

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的利弊及其风险如下:

1. 口服抗生素治疗可能导致感染控制不佳甚至加重。
2. 其他治疗方案目前无可靠疗效。

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

我已明白和理解医师告知的全部内容

请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容

(患者本人/患者代理人签名)

三、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 患者目前诊断和病情发展程度；
2. 本次入院的诊疗计划及医疗风险；
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险；
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将
依据相关法律规定签署同意书

(医生签名)

2018-10-5

(签字日期)

四、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容：

1. 医生已向我充分解释患者目前诊断和病情发展程度。
 2. 我已了解本次入院医生拟定的诊疗计划和相关医疗风险及预后。
 3. 我同意授权医生根据患者病情选择下一步或其他诊疗方案。
 4. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
 5. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
 6. 医生已解释相关替代治疗方案利弊及其风险。
 7. 医生已解释患者预后及不进行诊疗所面临的风险。
 8. 我了解医生无法保证所做的诊疗计划可以治愈患者疾病。
 9. 医生已向我充分解释患者病情及诊疗的具体方案。
- 我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。

我已就患者病情、诊疗计划、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿选择第一项中所述诊疗计划，请签字

同意

(请于横线上抄写：同意)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

2018-10-5

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述诊疗计划，请签字

(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

(签字日期)

广西医科大学第一附属医院

电子支气管镜同意书知情同意书

姓名: []

性别: 女

年龄: 9岁3月

病案号: []

科室: 儿科二病区

一、病情及所需操作

医生已解释如下病情(诊断):

1. Weill-Marchesani综合征(短指-球状晶体综合征)
2. 支气管肺炎
3. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征

结合上述病情(诊断)建议做如下操作:
电子支气管镜同意书

二、操作风险

上述操作有如下风险:

1. 出血。
 2. 气胸。
 3. 血胸。
 4. 发热, 感染。
 5. 麻醉意外。
 6. 损伤邻近脏器、器官。
 7. 窒息。
 8. 心律失常、心跳骤停。
 9. 纵隔、皮下气肿。
 10. 气管撕裂、穿孔。
 11. 气道灼伤。
 12. 手术失败, 取材失败。
 13. 其他无法预知的意外。
- (以上内容为医师所告知的患者病情、所需操作/治疗及其风险。)

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

我已明确理解医师告知的全部内容

(请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容)

[]
(患者本人/患者代理人签字)

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案:

1. B超引导下肺穿刺活检术。
2. 在诊断不明确时,可以进行血液、胸腔镜、影像等相关检查协助明确诊断。

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险:

1. B超引导下穿刺肺活检的手术风险(1)胸膜反应。(2)出血。(3)气胸。(4)血胸。(5)发热,感染。(6)麻醉意外。(7)穿刺不成功。(8)损伤局部神经。(9)损伤邻近脏器、器官。(10)窒息。(11)心跳骤停。(12)其他无法预知的意外。

2. 无法明确疾病性质,不能及时诊断,延误诊断和治疗。

(以上内容为医师所告知的患者病情、所需操作/治疗及其风险)

四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况:

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会:

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息,并将依据相关法律法规签署同意书

李春强

(医生签名)

2018.10.9

(签字日期)

五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容:

1. 医生已向我解释电子支气管镜相关内容。
2. 我已了解电子支气管镜相关风险,以及这些风险带来的后果。
3. 我同意授权电子支气管镜操作相关医生根据操作中情况选择下一步或其他治疗方案。
4. 我了解当电子支气管镜检查过程中出现针刺伤时,可能会抽取患者血样进行特殊化验。
5. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
6. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
7. 我已了解电子支气管镜检查中所取器官或标本将由院方处理。
8. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
9. 医生已解释患者预后及不进行电子支气管镜所面临的风险。
10. 我了解医生无法保证电子支气管镜可以缓解患者病情。
11. 医生已向我充分解释患者病情及电子支气管镜的具体方案。我已了解相关风险及后果,包括本患者最易出现的风险。
12. 我了解电子支气管镜检查中可能留取影像资料,资料可能被用于教学(影像资料将被处理,无法从中识别患者)。
13. 我已就患者病情、电子支气管镜以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述电子支气管镜同意书,请签字

(请于横线处抄写:同意)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

2018.10.9

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述电子支气管镜同意书,请签字

(请于横线上抄写:拒绝)

(患者本人/代理人签名并按指模)

(签字日期)

广西医科大学第一附属医院

儿科糖皮质激素治疗知情同意书

病案号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄: 9岁3月

科室: 儿科二病区

一、病情及所需特殊治疗

医生已解释如下病情(诊断):

1. Weill-Marchesani综合征(短指-球状晶体综合征)
2. 支气管肺炎
3. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征

8. 免疫系统: 掩盖感染、潜在感染发作或加重、机会性感染等。

9. 高血压、血栓形成、心律不齐等。

10. 其他。

(以上内容为医师所告知的患者病情, 所需手术/操作/治疗及其风险。)

结合上述病情(诊断)建议做如下特殊治疗:

口服泼尼松

二、特殊治疗风险

上述特殊治疗有如下风险:

糖皮质激素治疗是为了达到治疗疾病的目的, 但在治疗疾病的同时将不可避免会发生药物的毒副作用及并发症。为此, 将激素治疗的有关事宜向您说明, 如有疑问请在填写激素治疗同意书前向医生咨询。

糖皮质激素治疗有如下风险:

1. 体液与电解质紊乱: 水钠潴留、某些敏感患者出现充血性心衰、低钾血症、低钾性碱中毒、高血压。
2. 肌肉骨骼系统: 肌无力、类固醇性肌病、骨质疏松、压迫性骨折、无菌性骨坏死、病理性骨折等。
3. 胃肠道: 可能穿孔或出血的消化道溃疡、消化道出血、食管炎、肠穿孔、胰腺炎等。
4. 皮肤: 伤口愈合延迟、皮肤薄脆、瘀点瘀斑、反复局部皮下注射可引起皮肤萎缩。
5. 神经系统: 颅内压升高、癫痫发作、欣快感、失眠、情绪变化, 严重者出现精神异常。
6. 代谢内分泌系统: 月经失调、库欣综合征、糖耐量异常、氮平衡等。
7. 眼部: 长期使用糖皮质激素可能引起后房囊下白内障、青光眼, 并增加眼部继发性血栓栓塞(包括脑血管、肾动脉、脾动脉、肠系膜动脉、下肢动/静脉、肺动脉等); 冠状动脉空气栓塞、真菌或病毒感染的机会。
8. 免疫系统: 掩盖感染、潜在感染发作或加重、机会

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

[REDACTED]

(请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容)

(患者本人/患者代理人签字)

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

1. 免疫抑制剂。
2. 对症支持治疗。
3. 中医中药治疗。

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

1. 其他免疫抑制剂为二线治疗方案，可能副作用更大。
2. 部分替代治疗药物价格昂贵。
3. 疗效不明确。

四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关法律法规签署同意书。

(医生签名)

(签字日期)

五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容。

1. 医生已向我解释糖皮质激素治疗相关内容。
2. 我已了解糖皮质激素治疗相关风险，以及这些风险带来的后果。
3. 我同意授权相关医生根据情况选择下一步或其他治疗方案。
4. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
5. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
6. 我已了解医务人员会尽心治疗和护理。
7. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
8. 医生已解释患者预后及不进行该治疗所面临的风险。
9. 我了解医生无法保证该治疗可以缓解患者病情。
10. 医生已向我充分解释患者病情及该治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
11. 我了解治疗过程中可能留取影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。
12. 我已就患者病情、糖皮质激素治疗相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述儿科糖皮质激素治疗，请签字

(请于横线上抄写：同意)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述儿科糖皮质激素治疗，请签字

(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/代理人签名并按指模)

(签字日期)

广西医科大学第一附属医院

静脉注射人免疫球蛋白治疗知情同意书

病案号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄:

9岁3月

科室: 儿科二病区

一、病情及所需特殊治疗

医生已解释如下病情(诊断):

1. 支气管肺炎
2. 甲状腺机能减退症
3. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征

结合上述病情(诊断)建议做如下特殊治疗:

静脉注射人免疫球蛋白治疗

二、特殊治疗风险

上述特殊治疗有如下风险:

1. 可能发生过敏反应, 如不洁、荨麻疹、咳嗽、发热, 严重时可引起休克。人免疫球蛋白中有少量IgA, IgA缺乏症患者输入丙种球蛋白后可产生抗IgA的Ig抗体, 当再次输入人免疫球蛋白时可产生过敏反应。
2. 全身反应: 发热、寒战、皮疹、恶心、头痛、胸闷等。
3. 神经系统: 头痛、无菌性脑膜炎等。
4. 血液系统: 溶血等。
5. 感染肝炎病毒(乙肝、丙肝等)、艾滋病、梅毒、疟疾、巨细胞病毒或EB病毒。
6. 脱发、眼葡萄膜炎等。
7. 如果患者有心、肺、肾脏严重疾病, 可能导致血容量骤然增加, 增加了心肺肾负担。
8. 其他潜在血源性感染。
9. 其他。

(以上内容为医师所告知的患者病情, 所需操作及其风险。)

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

我已明白和理解医师告知的全部内容

(请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容)

[REDACTED]
(患者本人/患者代理人签字)

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

1. 激素治疗。
2. 免疫抑制剂治疗。
3. 血浆置换治疗。

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

1. 激素治疗可能出现的风险：
 - (1) 可能不能很快的控制病情，增加医疗费用。
 - (2) 低钾血症、水钠潴留、继发糖尿病、股骨头坏死等不良反应。
2. 免疫抑制剂治疗可能出现的风险：
 - (1) 可能不能很快的控制病情，增加医疗费用。
 - (2) 骨髓抑制、恶心呕吐、消化道糜烂等不良反应。
 - (3) 可能会对肝肾功能、生殖系统造成影响。
3. 血浆置换治疗可能出现的风险：
 - (1) 血制品过敏。
 - (2) 感染血液传播性疾病。
 - (3) 血制品无法及时获得。
 - (4) 医疗费用昂贵。

四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书。

(医生签名)

(签字日期)

五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容：

1. 医生已向我解释静脉注射人免疫球蛋白治疗相关内容。
2. 我已了解静脉注射人免疫球蛋白治疗相关风险，以及这些风险带来的后果。
3. 我同意授权静脉注射人免疫球蛋白治疗相关医生根据情况选择下一步或其他治疗方案。
4. 我了解当静脉注射人免疫球蛋白治疗过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
5. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
6. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
7. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
8. 医生已解释患者预后及不进行静脉注射人免疫球蛋白治疗所面临的风险。
9. 我了解医生无法保证静脉注射人免疫球蛋白治疗可以缓解患者病情。
10. 医生已向我充分解释患者病情及静脉注射人免疫球蛋白治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
11. 我了解术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。
12. 我已就患者病情、静脉注射人免疫球蛋白治疗相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述静脉注射人免疫球蛋白治疗，请签字

同意静脉注射人免疫球蛋白治疗

(请于横线上抄写：同意)

输血科检查

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述静脉注射人免疫球蛋白治疗，请签字

(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/代理人签名并按指模)

(签字日期)