

病危通知书

姓名: [REDACTED] 科室: [REDACTED] 病区: [REDACTED] 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: 86岁 病区: [REDACTED] 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

尊敬的患者或患者的代理人:

您好! 患者陈富泉现在在我院普通外科科住院治疗。

目前情况为: 患者目前主要考虑: 1. 急性弥漫性腹膜炎 2. 腹腔脓肿 3. 小肠梗阻, 4. 精囊脓肿, 感染指标较高, 腹腔感染较重, 且患者高龄, 基础疾病较多, 病情可能进一步恶化, 随时可能出现感染性休克等情况, 危及生命。

虽然医护人员积极救治, 但目前患者病情危重, 并且病情有可能进一步恶化, 随时会危及生命或出现危及患者生命的情况。

医师签名: [REDACTED]

签名日期: 2020年09月26日 17时49分钟

患者或患者的代理人意见:

关于患者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于患者病情危重时进行的救治措施, 医护人员已经向我详细告知。我已了解患者病情危重。

患者或代理人签名: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED]

签名时间: 2020年09月26日 17时49分钟

(注: 此通知书一式二份, 第一份贴在病史上, 第二份交病人家属。)

手术知情同意书

姓名: 科室: 病区: 床号: 住院号:

患者姓名: 性别: 男 年龄: 86岁

谈话时间: 2020-09-26 谈话医师: 谈话地点:

初步诊断: 1、急性腹膜炎、腹腔脓肿、肠梗阻、胆囊炎、胆囊结石 2、精囊脓肿 3. 高血压3级 (极高危)

手术名称: 剖腹探查术备肠管部分切除或造瘘术

替代方案: 3

1、补液、抗感染等保守治疗。

2、中医中药。

以上各种治疗方法的优缺点及风险已完全告知患者家属, 患者家属已充分理解, 自愿选择:

剖腹探查术备肠管部分切除或造瘘术

由于目前医学科学技术水平的局限, 尚难杜绝接受手术治疗的病人在术中和(或)术后可能发生的下列意外和并发症:

- 1) 麻醉意外, 甚至心跳、呼吸骤停。
- 2) 根据术中探查情况决定手术方式: ①肠管部分切除吻合、阑尾切除、腹腔引流; ②结肠造瘘; ③术中根据情况可能联合附近粘连脏器切除术。也可能根据术中情况改变手术方式可能
- 3) 术中、术后大出血而危及生命可能。
- 4) 术中损伤邻近的输尿管或膀胱、血管、神经及其他脏器可能。
- 5) 术中、术后发心脑血管意外(包括心肌梗塞、脑梗塞、肺栓塞、脑溢血或下肢深静脉血栓形成)。
- 6) 术后出现吻合口漏及肠瘘可能, 必要时需要二次手术治疗。
- 7) 术后发生腹腔、盆腔感染, 盆腔脓肿形成、会阴部出血不止, 必要时需二次手术。
- 8) 术后并发上消化道应激性溃疡出血、肠粘连、肠梗阻、排便障碍、排尿或性功能障碍等可能。
- 9) 术后肠造口缺血坏死、回缩、狭窄可能, 必要时需二次手术。
- 10) 患者高龄, 术后并发心、肺、肝、肾功能不全甚至多脏器衰竭危及生命可能、甚至经积极抢救, 且花费巨大, 仍然死亡可能。
- 11) 术后发现恶性肿瘤, 不能根治切除, 需要二次手术及术后复发或转移可能。患者预后不佳可能。
- 12) 术后切口感染、切口裂开及延迟愈合可能。
- 13) 部分药物, 材料需自费。

以上内容已告知患者或患者家属。如有上述情况, 医院将积极抢救、治疗, 但仍有可能治疗无效而病残、甚至死亡, 家属表示完全理解, 愿意承担各项风险, 同意手术。并在本记录单和手术志愿书签字为证。

患者或其家属意见:

患者或其家属签名:

与病人关系:

谈话医生签名:

2020年 9 月 26 日

麻醉前谈话记录

姓名 [redacted] 性别 男 年龄 86y 病区/床号 [redacted] 院(门诊)号 [redacted]

术前诊断 前列腺增生

拟施手术 前列腺电切术

拟行麻醉: 全麻 硬膜外阻滞 脊麻 骶管阻滞 神经阻滞 联合麻醉

麻醉中可能发生以下并发症和意外,在麻醉前向家属说明(说明的项目请打勾):

- ☒ 1. 全麻,气管插管困难,可损伤牙齿、发生呕吐、反流、误吸、喉痉挛、喉水肿、气道阻塞等。
2. 腰麻、硬膜外麻醉引起的术后头痛、神经损伤、硬膜外血肿及下肢体感觉或运动障碍等。
- ☒ 3. 病人对麻醉药的过敏及中毒反应,可致休克、呼吸心跳骤停。
4. 神经损伤、局部血肿,神经阴滞可发生气胸等。
- ☒ 5. 麻醉手术期间可能发生低血压、高血压、脑血管意外、心律失常、心肌梗死、循环衰竭、心搏骤停等。
- ☒ 6. 静脉或动脉穿刺可发生局部静脉炎和血肿,深静脉穿刺可能发生出血、心包压塞、血气胸、栓塞等。
- ☒ 7. 麻醉手术中可能发生输血输液及药物不良反应。
- ☒ 8. 麻醉手术可能诱发和加重原有的病症。
9. 术中根据麻醉和手术需要有可能改变麻醉方式。
10. 术后是否进行镇痛治疗。 是 / 否
11. 其它 患者已充分了解手术风险和麻醉风险,坚持手术,签字确认。

以上打勾的项目已告知家属。家属对以上情况表示理解 同意麻醉。

家属 [redacted] (签名) 与病人关系 [redacted] 医师 [redacted]

2020 年 09 月 26 日

2020.9.26.

术后随访记录

循环系统: 血压 112/60 mmHg 心率 70 次/分

呼吸系统: 呼吸 12次/分 咽喉疼痛 有/无 声音嘶哑 有/无

消化系统: 恶心 呕吐 有/无

神经系统: 意识 清醒/嗜睡/昏迷 无 头痛 有/无

四肢肌力及感觉 正常

尿潴留: 有/无

穿刺点: 疼痛 / 不痛, 红肿 / 不红肿

其它: 患者术后生命体征平稳, 无并发症, 术后随访。

医师 [redacted]

2020 年 9 月 27 日

上海市同济医院
同济大学附属同济医院
关于使用自费药物和植入性医疗器械告知书

患者姓名 [redacted] 性别: 男 年龄: 86y 住院号 [redacted] 床号: [redacted]

诊断/手术名称:

腹腔镜/腹腔镜手术

尊敬的患者/患者家属/患者的法定监护人/授权委托人:

根据有关规定, 下列药品/植入性医疗器械(包括麻醉镇痛泵)不属于公费医疗、大病统筹和社会基本医疗保险报销范围, 此种药品/医疗器械的费用须由患者自行承担。特此告知。

序号	自费药物/植入性医疗器械名称	数量	单价	金额	治疗方式
1	青霉素	1	—	—	i.v.
2	地佐宁	1	—	—	i.v.
3	镇痛泵	1	—	—	p.i.v.
4					
5					

医师签字 [redacted]

日期: 2020.9.26

同意自行承担费用确认

有关因诊断及治疗需要使用以上药物/植入性医疗器械(包括麻醉镇痛泵)需患者个人自行承担费用的情况, 医师已经向我们详细告知。我们完全了解、需要并愿意负担以上项费用, 要求施行治疗/手术。

患者/患者家属/患者的法定监护人/授权委托人签字: [redacted]

日期: 2020.9.26

我已向患者/患者家属/患者的法定监护人/授权委托人解释过此告知书的全部内容。我认为患者/患者家属/患者的法定监护人/授权委托人理解了上述信息。

医师签字: [redacted]

日期: 2020.9.26

病区:

姓名:

床号.

院号.

尊敬的病员（或家属）：

在对病人实施医疗护理的过程中，可能会遇到一些无法预测或无法避免的风险，为了保障病人在住院期间的安全及治疗护理工作有效开展，医方有义务向病人或家属加以说明。如您已清楚并同意护士告知内容，请在相应位置签名。

项 目	告 知 内 容	日期	时间	病人/ 家属	告知 护士
高危药物 静脉输液 风险	在使用 ☒ 高浓度电解质制剂 ☐ 肌肉松弛药 ☐ 细胞毒化药物 ☒ 其它对血管刺激性强的药物时，可能会出现静脉炎症反应和输液不良反应。护士会及时给予观察与处理。	2022.9.21	15:48		
输血风险	个体差异、疾病等因素，在输液过程中会出现发热、过敏反应、溶血反应、大量快速输血后反应。				
置管风险	经外周静脉穿刺置入中心静脉导管—PICC、胃管、导尿管等，可能产生置管困难、出血、导管滑脱、感染等。				
吸痰危险	吸痰时清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅的有效措施。医护人员会严格按照流程规范地操作，但仍可能会发生粘膜受损、缺氧、窒息等情况。希望得到您的配合与谅解。				
静脉血栓	由于年龄、手术、卧床等因素的影响，会导致患者静脉血栓的发生，可能产生不同程度的危害。医院已告知相关规章制度，同时医护人员会采取相应的措施，请家属配合并加强陪护。				
保护用具 使用	在住院治疗期间，因 ☐ 意识不清 ☐ 意识清，但不配合 ☐ 行为不能自控 ☐ 其它原因，可能存在拔除导管、撞伤、坠床等危险，为确保安全，需采用护理保护用具。这是一项保障病人安全的主要护理措施，希望得到您的理解与配合。				
翻身更换 床单位	为防止患者压疮发生，护士需给予定时翻身。在翻身或更换床单位时患者可能会出现心跳骤停、呼吸急促、血压下降、置管滑脱等危险。				
转运中 风险	患者因病情需要进行转科、检查等，在转运过程中可能会出现导管滑脱、病情突变等危险。				
走失风险	在住院治疗期间，由于病人 ☐ 无自主行为能力 ☐ 精神疾病史 ☐ 智力障碍， ☐ 躯体疾病继发的精神障碍 ☐ 服用精神类药物 ☐ 情绪不稳定 ☒ 不配合医院管理，擅自离院 ☐ 既往有走失现象等，可能发生走失的危险，医护人员会采取相应的安全防范措施，请家属配合，并要求家属24小时陪护。	2022.9.21	15:48		
其它					

尊敬的病员及家属：

欢迎您来到我院就医，为了维护良好的医疗环境，确保您在住院期间的医疗安全，更好地为您提供医疗服务，现将入院后的注意事项介绍如下，请您了解并给予积极配合。

一、人员介绍：您入院后将有人向您介绍分管您床位的各级医生、责任护士、护士长等。

二、设施介绍：了解病区环境（护士站、医生办公室、浴室使用、污洗室、防火紧急出口）。

三、物品使用介绍：（呼叫系统的使用，便民措施等）。

四、住院制度：

1. 我院将为您提供入院告知书。
2. 请保持病区、病房安静、整洁。勿向窗外、地面倒水或扔垃圾，勿向下水道内乱扔杂物，保持地面清洁干燥，勿在病区内大声喧哗。
3. 每日早晨6:00、下午:13:30常规开始为您检查及进行治疗工作；晚上21:00熄灯。探视时间:15:30~20:00。
4. 您拥有隐私保护权，医护人员不会泄露您的隐私和秘密（如个人信息、私人活动、您不愿意告知的内容等等）。
5. 我院非常尊重您的个人宗教信仰和特殊民族风俗习惯，如果您有此方面的特殊要求请向病区护士长提出，我们尽可能帮助您协调解决。
6. 为了您的安全和治疗护理措施的落实，住院治疗期间请您勿外出、外宿。擅自外出不归者一切不良后果责任自负。
7. 我院是无烟医院，进入医院请勿吸烟，病区内禁止吸烟、饮酒。
8. 我院实行“三级护理公示”制度，以确保您在住院期间得到适当的护理。
9. 住院期间费用查询实行“一日清”。如需要了解每日住院费用，请到住院结帐处自助查询。
10. 为保证用药安全，医院不接受病人及家属在院外自行采购的药品和血制品。
11. 微波炉或煤气仅供加热熟食，请勿烹调生食，请使用专用容器，以防发生意外。陪客请勿在院内洗衣服、洗澡、不要睡在病床上。
12. 请不要自行调节补液滴速、氧气流量，也不要自行为病人进行鼻饲、吸痰等操作。
13. 如需了解病情，请与床位医生联系。如有护理需求，请与护士联系。
14. 我院按照相关的诊疗规范和规章制度对您实施治疗，请不要向医护人员送“红包”、贵重物品，共创廉洁和谐的医疗环境。如遇医护人员索要“红包”、贵重物品，可向监管部门投诉，监督电话66111320。

五、安全告知：

1. 请妥善保管好您的物品（如手机、现金等），入院期间不要携带刀、剪等锐利器械。
2. 请勿在湿地板上行走，勿穿易滑拖鞋，以免摔倒。
3. 请根据自身情况使用浴室，沐浴时请先开冷水再开热水，以免烫伤，浴室有呼叫器可使用。
4. 请勿在病房内使用自带的电器（如电炉、电饭煲等）以免发生火灾。
5. 为防止患者出现自残、自杀，家属应了解患者情绪变动，加强看护，及时与主管医护人员联系。
6. 年老、体弱、术后、产后及特殊检查后应注意：
 - 1) 卧床休息（视病情而定）。
 - 2) 改变体位时动作要缓慢。
 - 3) 感到头晕、眼花或乏力时，请勿自行行走。年老、体弱、行动不便的病员应有家属陪伴。如需起床或上厕所，请及时按呼叫器，防止跌倒等意外发生。

祝您早日康复！

您已知晓以上内容，请您（病人/家属）签名：

[Signature]

接待护士签名

[Signature]

日期

2022-9-11

尊敬的患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人：

您好！首先欢迎您入住我院，感谢您对我院的信任和支持，现将住院患者的权利和义务告知您，希望得到您的理解和配合。

一、在我院就诊中您享有的权利：

- 1、您享有医疗救治、预防保健服务的权利。
 - 2、您享有知道疾病诊断、病情进展、医生建议和诊疗方案、费用、相应风险、疗效及愈合的知情同意权利。
- 如您有不明确之处，请及时提出请医护人员解答。
- 3、您对医生提出的诊断及治疗方案享有参与选择权和决定权。
 - 4、您可以书面委托具有民事行为能力的人作为您的代理人，代您行使相关的知情同意权利和诊疗选择决定权利。
 - 5、您有权利复印及封存法律规定范围内的病历资料。
 - 6、我院尊重您的隐私权，您可以要求医生对您的病情进行保密。
 - 7、如果发生医疗纠纷，您可向医疗纠纷处理办公室反映，电话021-66111302，协商解决或申请卫生行政部门调解处理，或向人民法院提起诉讼。

二、在我院就诊中您应履行的义务：

- 1、您必须提供真实的个人信息，包括姓名、性别、年龄、身份证、地址、联系方式及报销类别等。
- 2、您必须向医护人员详尽如实地提供与您健康有关的一切情况，避免因隐瞒病情而发生的延误诊治等后果。
- 3、您需要进行特殊检查、治疗、手术时，您应签署知情同意书。文书一经自愿签署，即具有相应法律效力。
- 4、您应遵从医生的医嘱积极配合治疗、按时出院，出院后，您应该按照医生的医嘱进行活动、休息并且保证定期复诊。
- 5、您应及时足额缴纳医药费用。
- 6、病房时公共场所，请您妥善保管个人的贵重物品，自觉维护病房的清洁和安静。
- 7、如果您在本院被确诊为法定传染病，医院将依法律规定对您采取相应的诊疗措施，或限制您的某些人身自由，您应该积极配合。
- 8、如果您在本院被确诊或您所提供的病情中有法定需传报的肿瘤，社区卫生服务中心将会对您随访（建立随访卡和健康教育等服务）。
- 9、请您尊重医护人员的人格权和人身权。
- 10、我院为同济大学附属医院，承担临床教学任务，临床教学活动涉及到门诊和住院的相关医疗过程中，我们在临床教学活动中将充分保护您的各项权利。

欢迎您提出宝贵意见，祝您早日康复！

您已知晓以上内容，请您（病员/家属）签名：_____

接待护士签名：_____

日期：2020.10.14

病区: 科室: 姓名: 床号: 号:

尊敬的(患者)家属:

经过医护人员认真仔细的评估,您的家属在 ☒ 跌倒、☒ 压疮、☒ 导管 方面存在着高度的风险性,为了保障患者的安全,维护医患双方的合法权益,请仔细阅读以下内容并配合做好相关事项。

一、患者有跌倒的风险

- 1、为了防止摔倒,请穿防滑拖鞋,地面潮湿时请勿下地走动。
- 2、下床活动需有人搀扶,上厕所或起床感觉力不从心请及时按呼叫器。
- 3、患者如需淋浴,应征得主管医务人员同意,由家属陪同方可使用浴室。
- 4、服用助眠药物后及时上床休息,服用其他特殊药物如:精神药物、降压药物、利尿剂、缓泻剂等,也需注意休息,减少活动,需要时请寻求帮助,以免引起头晕、步态不稳而跌倒。
- 5、患者上床后请及时拉起床栏,陪护人员不要与病人同睡一张床,以免病人坠床。
- 6、请将频繁使用的物品放于易取的地方,避免因卧位时伸手取物而发生坠床。
- 7、醒来不要马上起床,做到“三个半分钟”;在床上躺半分钟;两腿下垂在床沿坐半分钟;站立半分钟后再行走。
- 8、患者病情需要时,院方取得家属同意的情况下有可能会使用一些局部保护性措施,如约束器具,请勿自行解开。
- 9、在患者病情尚未稳定期间,请家属 24 小时陪护。

二、患者有发生压疮的风险

- 1、住院期间不可擅自使用热水袋,病情需要时请在护理人员指导下使用。
- 2、配合护理人员定时翻身,保持皮肤、床单位清洁平整干燥,使用便器时避免拖拉。
- 3、配合护理人员保持指甲平整清洁,避免抓挠,必要时予以保护性约束。
- 4、在医护人员的指导下给予合理的饮食。

三、患者有导管脱落阻塞的风险

- 1、遵从医护人员指导妥善固定好引流管。
- 2、起床或改变体位时注意保护好引流管。
- 3、有不适或异常情况及时告知医护人员,切勿自行处理。
- 4、必要时给与约束器具,以避免患者自行拔除引流管。

我已仔细阅读,能理解其中的涵义并同意配合执行,对于违反医院告知造成的后果自己负责。

祝您早日康复!

您已知晓以上内容,请您(病人/家属)签名:

接待护士签名

日期 2021.12.21

知情同意书

姓名: 科室: 病区: 床号: 住院号:

上海市同济医院

新型冠状病毒感染肺炎防控期间住院承诺书

1、本人承诺: 我和家属提供的身份信息、住址、电话是真实有效的;

2、本人承诺: 我提供的以下的医疗信息是真实的;

临床症状	14天内有无发热/或呼吸道症状	患者		家属	
		有□	无□	有□	无□
流行病学史	14 天内有无湖北省或其他有病例报告社区的旅行史或居住史, 或14 天内有无境外的旅行史或居住史	有□	无□	有□	无□
	发病前 14 天内有无接触过来有发热症状的人员或境外返沪人员	有□	无□	有□	无□
	与新型冠状病毒感染者有无接触史	有□	无□	有□	无□
	亲朋之间有无聚集性发病	有□	无□	有□	无□

3、本人承诺: 如恶意隐瞒以上信息, 我自愿承担相关法律责任。

患者签名:

家属签名:

联系电话:

联系电话

身份证号码:

身份证号码:

现住址:

现住址:

签名日期: 2020 年 9 月 21 日 时 分

注: 我国《刑法》第三百三十条规定: “违反传染病防治法的规定, 引起甲类传染病传播或者有传播严重危险的, 处三年以下有期徒刑。

住院患者告知书

患者:

为保障您在我院住院治疗期间享有充分的知情同意权。医务人员将向您告知您的病情、主要医疗措施、医疗风险等情况,解答您对疾病的咨询,在保护隐私的前提下,采集您的医疗资料用于医学研究。未经患者本人充分知情和签名同意,医务人员将不得进行手术等重大医疗行为。但由于患者各人心理承受能力不同,以及疾病发展具有不可预知性。为有利于治疗,请您现授权委托一位您充分信任的代理人,代为行使您的知情同意权。我院将依据您的签名出具的授权委托书,视代理人的代理行为为您本人真实意思的表示。如您为未满18周岁或没有民事行为能力和限制民事行为能力的,您的法定监护人为您的法定代理人,代为行使知情同意权。在紧急情况下,为了赢得抢救时间,医生有权根据您的病情采取紧急救治措施,有些措施对您的身体带有侵袭性,希望得到您或您的家属或者关系人的理解和配合。

特此告知

上海市同济医院

谈话人(医生签名):

上述告知书内容本人已充分了解,本人决定选择以下方式(选择并请在口中打√):

- ☐ 向贵院出具授权委托书指定代理人(见以下授权委托书);
- ☐ 向贵院出具户籍等相关证明,明确法定代理人(未成年人;意识不清;智障、精神疾病等限制民事能力的人);
- ☒ 本人决定不委托代理人,如本人疾病出现危急情况或不可预知情况,授权经治医生决定治疗方案,如有医疗风险和不良后果,由本人自行负责。以下授权委托书为空白。

患者签名:

住院号: 143727

时间: 2020年 09月 21日

授权委托书

为有利于本人的疾病治疗,兹委托 (与本人关系:) 为本人的代理人。听取医疗机构告知有关病人的病情、医疗措施、医疗风险等情况,全权处理本人在诊疗过程中的一切事务并在手上同意书等需要患者签名同意的医疗文书上签名,代理本人行使知情同意权和选择权。经代理人签名同意所实施的诊疗行为,若产生不良后果将由本人承担

此致

受托人签名:

性别:

年龄:

身份证号码:

住址:

联系电话:

上海市同济医院

委托人(患者)签名:

性别: 男

年龄: 86岁

住院号:

床号:

2020年 09月 21日

床号 姓名 请如实填写一下内容, 排队等候办理入院

重要提示:

1. 今日手术患者: 医院不提供吃饭。
2. 非今日手术患者: 是否在医院订饭请在入院时与医生直接联系。

身高: 170 厘米 体重: 75 公斤

今天手术 ☐是, 什么时候开始禁食禁水 ☐否 ☐不清楚

高血压 ☒无 ☐有 是否服用降压药: ☐无 ☒有

糖尿病 ☒无 ☐有 是否服用降糖药: ☐无 ☐有

有没有药物过敏 ☒无 ☐有 (填写药物名字)

国籍 ☒中国 ☐其他

民族 ☒汉族 ☐其他

婚姻状况 ☒已婚 ☐未婚 ☐离异 ☐丧偶

文化程度 ☒小学 ☐中学 ☐高中 ☐大学 ☐其他

既往不安全事件发生史 ☒无 ☐有

就职情况 ☐在职 ☒退休 ☐其他

宗教信仰 ☒无 ☐有

家庭成员关系 ☒和睦 ☐一般 ☐紧张

睡眠 ☐好 ☒一般 ☐差

嗜好 ☒无 ☐有

思维状况 ☒正常 ☐异常

心理反应 ☒正常 ☐不配合 ☐紧张 ☐恐惧 ☐其他

视觉 ☐正常 ☐近视 ☐远视 ☐弱视 ☐单盲/视野缺失 ☐双盲 ☐复视 ☒视力减退 ☐其他

听觉 ☐正常 ☐弱听 ☒失聪 ☐听力减退 ☐其他

味觉 ☐正常 ☐味觉减退 ☐味觉缺失 ☐其他

嗅觉 ☒正常 ☐嗅觉减退 ☐嗅觉缺失 ☐其他

语言 ☒正常 ☐言语困难 ☐失语 ☐其他

沟通 ☒正常 ☐障碍 ☐其他

以下为护士填写:

体温 36.9 °C 血压 146/79 mmHg 心率 61 次/分

有无外露导管 有 引流袋 ☐旧: 置管时间 9-13

今日手术宣教 ☐已通知 ☐不确定是否手术

色清. 康宁 9-21

轮椅入

可以拄杖走

聋

正低血压

住院患者告知书

患者：

为保障您在我院住院治疗期间享有充分的知情同意权。医务人员将向您告知您的病情、主要医疗措施、医疗风险等情况，解答您对疾病的咨询，在保护隐私的前提下，采集您的医疗资料用于医学研究。未经患者本人充分知情和签名同意，医务人员将不得进行手术等重大医疗行为。但由于患者各人心理承受能力不同，以及疾病发展具有不可预知性。为有利于治疗，请您现授权委托一位您充分信任的代理人，代为行使您的知情同意权。我院将依据您的签名出具的授权委托书，视代理人的代理行为为您本人真实意思的表示。如您为未满18周岁或没有民事行为能力和限制民事行为能力的，您的法定监护人为您的法定代理人，代为行使知情同意权。在紧急情况下，为了赢得抢救时间，医生有权根据您的病情采取紧急救治措施，有些措施对您的身体带有侵袭性，希望得到您或您的家属或者关系人的理解和配合。

特此告知

上海市同济医院

谈话人（医生签名）

上述告知书内容本人已充分了解，本人决定选择以下方式（选择并请在口中打√）：

☐ 向贵院出具授权委托书指定代理人（见以下授权委托书）；

☐ 向贵院出具户籍等相关证明，明确法定代理人（未成年人；意识不清；智障、精神疾病等限制民事能力的人）；

☐ 本人决定不委托代理人，如本人疾病出现危急情况或不可预知情况，授权经治医生决定治疗方案，如有医疗风险和不良后果，由本人自行负责。以下授权委托书为空白。

患者签名：

住院号：

时间：2020年 09月 21日

授权委托书

为有利于本人的疾病治疗，兹委托_____（与本人关系：_____）为本人的代理人。听取医疗机构告知有关病人的病情、医疗措施、医疗风险等情况，全权处理本人在诊疗过程中的一切事务并在手上同意书等需要患者签名同意的医疗文书上签名，代理本人行使知情同意权和选择权。经代理人签名同意所实施的诊疗行为，若产生不良后果将由本人承担

此致

受托人签名：

性别：

年龄：

身份证号码：

住址：

联系电话：

上海市同济医院

委托人（患者）签名：

性别：男

年龄：86岁

住院号：

床号：

2020年 09月 21日

关于使用自费药物负担告知书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 86岁 就诊/入院时间: 2020-09-21

门诊号/住院号: [REDACTED] 病房: [REDACTED] 床号: [REDACTED]

适应症/治疗目的: 腹痛

术中、术后支持治疗。

经本院医师详细检查和诊断, 为了配合治疗, 帮助提高疗效, 针对目前病情需要, 有必要使用以下药物:

药名	数量	用法
胸腺五肽	10支	20mg, im qd
白蛋白	10支	10 g, iv.gtt qd

患者和家属完全了解, 选择该药物是出于自愿, 病家愿意负担费用, 要求施行治疗。

患者或代理人签字:

[REDACTED]

经治医师签名:

[REDACTED]

患者关系:

[REDACTED]

2020年09月26日

2020年09月26日

输血治疗知情同意书

姓名: [] 性别: 男 年龄: 86岁 病案号: [] 科别: []
输血目的: 术中需要
输血史: 无
输血成分: 少浆血 及血浆 临床诊断: 1. 腹痛 2. 腹腔内感染 3. 泌尿道感染 4. 高血压3级 (极高危)

输血治疗包括输异体血和输自体血, 都是临床治疗的重要措施之一, 是临床抢救急危重患者生命行之有效的有效手段。

但异体输血存在一定风险, 可能发生输血反应及感染经血传播疾病。虽然我院使用的血液均已按卫生部有关规定进行检测, 但由于当前科技水平的限制, 输血仍有某些不能预测和防止的输血反应和输血传染病。输血时可能发生的主要情况如下:

- | | |
|----------------|----------------|
| 1、过敏反应 | 2、发热反应 |
| 3、感染肝炎(乙肝、丙肝等) | 4、感染艾滋病、梅毒 |
| 5、感染疟疾 | 6、巨细胞病毒或EB病毒感染 |
| 7、输血引起的其他疾病 | |

自身输血(亦称自体输血)就是当病人需要输血时, 用自己预先贮存的或失血回收的血液。自身输血有以下优点:

- 1、可避免经血传播的疾病, 如肝炎、艾滋病、梅毒、疟疾;
- 2、可避免异体输血产生的免疫反应, 如发热、过敏;
- 3、可避免特殊血型的短缺, 缓解血源紧张的矛盾;
- 4、增强病人的造血能力;
- 5、为病人节省费用;

国外, 60%的择期手术病人实行自身输血, 我国也正在积极推广、实行。当然, 自身输血也有适应与禁忌的问题、方式选择的问题。病人及家属或监护人可以向经治医生或麻醉医生咨询是否适应自身输血, 并由医生选择稀释式、预存式、回收式三种方法单独或联合应用。另外, 按照《中华人民共和国献血法》《上海市献血条例》的要求, 提倡健康公民积极无偿献血, 用血病人的亲友、家庭成员更应积极无偿献血, 这样既体现亲情, 营造社会和谐氛围, 同时又满足临床用血需求。如果您在本市献过血, 您可以在医院结账时直接减免部分用血费用; 如果您5年内在本市献过血, 您的家庭成员(配偶、子女、父母、公婆、岳父母)也可以在医院直接减免部分用血费用。

我和家属或监护人已经完全知情了解上述情况, 并自愿选择
☐ 自身输血 ☐ 异体输血

受血者(家属/监护人)签字: [] 2020年9月26日18时22分

医师签字: [] 2020年9月26日 时 分

主任医师或主治医师签字: [] 2020年9月26日 时 分

关于器械及植入物费用负担告知书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 86岁

入院时间: 2020-09-21 13:33 住院号: [REDACTED] 病室床号: [REDACTED]

诊断: 1. 腹痛 2. 腹腔内感染 3. 泌尿道感染 4. 高血压3级 (极高危)

拟定手术: 剖腹探查

拟使用器械及植入物名称:

经告知相关产品价格、性能后, 选用上述产品, 按规定购置的部分费用不属医保报销范围, 须由患方自行承担, 特此告之。

医师签名: [REDACTED]

患者或代理人签名: [REDACTED]

2020年 09月 26日

同意自行承担费用的承诺书

患者 [REDACTED] 因伤(病)经你院医师详细检查及诊断, 认为需要施行手术治疗, 术中可能需要使用吻合器及闭合器治疗病情。患者和家属完全了解, 选择该器械及植入物时出于自愿, 如需自费部分, 患方愿意负担自费费用, 要求医师施行手术或治疗。

此致敬礼

上海市同济医院

患者或代理人签名: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED]

年 9 月 26 日

关于使用自费药物负担告知书

姓名: 性别: 男 年龄: 86岁 就诊/入院时间: 2020-09-21

门诊号/住院号: 病房: 床号:

适应症/治疗目的:

1. 补充白蛋白; 2. 营养心肌

经本院医师详细检查和诊断, 为了配合治疗, 帮助提高疗效, 针对目前病情需要, 有必要使用以下药物:

药名	数量	用法
1. 人血白蛋白	10g/支	20g i.v. gtt. q.d. (2支/天)
2. 磷酸肌酸	0.5g支	1g ivgtt qd
3. 维生素B1	1.6	

患者和家属完全了解, 选择该药物是出于自愿, 病家愿意负担费用, 要求施行治疗。

患者或代理人签字:

经治医师签名:

患者关系:

2020年 09月 26日

2020年 09月 26日

SICU家属告知

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 86岁 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

一、为了保证病人得到充分的休息,减少交叉感染,在本监护病房内不允许家属陪护。

二、如病情突然恶化,需立即抢救治疗,对于有创血流动力学监测、深静脉穿刺置管、动脉穿刺置管、电除颤、心脏起搏、气管插管、胸腔穿刺及闭式引流、心脏按压、紧急输血等急救措施,医生有权在未能及时征求家属意见之前立即开始抢救治疗,后再和家属解释病情。

三、根据患者病情需要,可能涉及部分自费药物:

1. 镇静、镇痛;
2. 保肝药;
3. 神经营养药物;
4. 其他:

及可能需要使用的自费材料:

1. 一次性呼吸机管路;
2. 呼吸通路过滤器;
3. 雾化面罩;
4. 胃肠营养管;
5. 一次性使用脉搏血氧饱和度探头;
6. 其他:

在病人进入SICU时,向家属说明并签字同意,当病情需要使用时,不再并外征求家属同意。以上信息确认:

家属签名:

[REDACTED]

医师签名:

[REDACTED]

关 系:

2020年09月26日

病区: 科室: 姓名: 床号: 住院号:

尊敬的(患者)家属:

经过医护人员认真仔细的评估,您的家属在 ☒ 跌倒、☒ 压疮、☒ 导管 方面存在着高度的风险性,为了保障患者的安全,维护医患双方的合法权益,请仔细阅读以下内容并配合做好相关事项。

一、患者有跌倒的风险

- 1、为了防止摔倒,请穿防滑拖鞋,地面潮湿时请勿下地走动。
- 2、下床活动需有人搀扶,上厕所或起床感觉力不从心请及时按呼叫器。
- 3、患者如需淋浴,应征得主管医务人员同意,由家属陪同方可使用浴室。
- 4、服用助眠药物后及时上床休息,服用其他特殊药物如:精神药物、降压药物、利尿剂、缓泻剂等,也需注意休息,减少活动,需要时请寻求帮助,以免引起头晕、步态不稳而跌倒。
- 5、患者上床后请及时拉起床栏,陪护人员不要与病人同睡一张床,以免病人坠床。
- 6、请将频繁使用的物品放于易取的地方,避免因卧位时伸手取物而发生坠床。
- 7、醒来不要马上起床,做到“三个半分钟”:在床上躺半分钟;两腿下垂在床沿坐半分钟;站立半分钟后再行走。
- 8、患者病情需要时,院方取得家属同意的情况下有可能会使用一些局部保护性措施,如约束器具,请勿自行解开。

- 9、在患者病情尚未稳定期间,请家属 24 小时陪护。

二、患者有发生压疮的风险

- 1、住院期间不可擅自使用热水袋,病情需要时请在护理人员指导下使用。
- 2、配合护理人员定时翻身,保持皮肤、床单位清洁平整干燥,使用便器时避免拖拉。
- 3、配合护理人员保持指甲平整清洁,避免抓挠,必要时予以保护性约束。
- 4、在医护人员的指导下给予合理的饮食。

三、患者有导管脱落阻塞的风险

- 1、遵从医护人员指导妥善固定好引流管。
- 2、起床或改变体位时注意保护好引流管。
- 3、有不适或异常情况及时告知医护人员,切勿自行处理。
- 4、必要时给与约束器具,以避免患者自行拔除引流管。

我已仔细阅读,能理解其中的涵义并同意配合执行,对于违反医院告知造成的后果自己负责。

祝您早日康复!

您已知晓以上内容,请您(病人/家属)签名: _____

接待护士签名 _____
日期 2020-9-26

科别: 病区: 姓名: 床号: 住院号:

亲爱的病员及家属:

欢迎您(或您的家人)来到 SICU 就医, 为了维护良好的医疗环境, 确保您在住院期间的医疗安全, 更好地为您提供医疗服务, 现将入院后的注意事项介绍如下, 请您了解并给予积极配合。

*您拥有隐私保护权, 医护人员不会泄露您的隐私和秘密(如个人信息、私人活动、您不愿意告知的内容等等)。

*我院非常尊重您的个人宗教信仰和特殊民族风俗习惯, 如果您有此方面的特殊要求请向病区护士长提出, 我们尽可能帮助您协调解决。

一、人员介绍:

您(或您的家人)入院后将有专人向您介绍分管床位的各级医生、护士长、责任护士。

二、设施介绍:

您(或您的家人)入院后, 我院将有专人向您介绍医院设施, 包括:

1.环境介绍(护士站、医生办公室、污洗室、防火紧急出口等)。

2.物品使用介绍(呼叫系统的使用、便民措施等)。

三、需带物品

病人入院后需备齐下列物品: 毛巾两条, 盆两只, 杯子, 调羹, 吸管, 湿巾纸, 餐巾纸, 尿垫, 其余物品不得带入病房。

三、住院制度:

1.危重病人体质虚弱, 为了避免交叉感染, 并给病人创造一个良好、安静的休养环境, 监护室谢绝家属陪护。每天下午 15: 00--15: 30 允许直系亲属探望, 仅限一人, 请穿好隔离衣和鞋套。

2.请在监护病房留下您的电话号码, 并保证 24 小时开通, 以便我们及时与您联系。

3.需要询问病员的病情, 请每天上午 9: 30—10:00 或下午 15: 00—15: 30 向监护室医生了解。

4.我院是无烟医院, 进入医院请勿吸烟, 病区内禁止吸烟、饮酒、大声喧哗。

5.为保障用药安全, 医院不接受病人及家属在院外自行采购的药品和血制品。

6.如病情稳定需转出监护病房的患者, 我们会在每天查房后及时地通知您。

7.住院期间费用查询实行“一日清”。如需要了解每日住院费用, 请到住院结账处自助查询。

四、安全告知:

1.请妥善保管好您的物品(如手机、现金等), 入院期间不要携带刀、剪等锐利器械。

2.请勿在湿地板上行走, 勿穿易滑拖鞋, 以免摔倒。

3.年老体弱、术后及特殊检查后应注意:

1) 卧床休息(视病情而定)。

2) 改变体位时动作要缓慢。

3) 感到头晕、眼花或乏力时, 请勿自行行走。

祝您早日康复!

您已知晓以上内容, 请您(病员/家属签名)

接待护士签名

日期 2020-9-26

护理措施实施告知书

病区: 科室: 姓名: 床号: 住院号:

尊敬的病员（或家属）：

在对病人实施医疗护理的过程中，可能会遇到一些无法预测或无法避免的风险，为了保障病人在住院期间的安全及治疗护理工作的有效开展，医方有义务向病人或家属加以说明。如您已清楚并同意护士告知内容，请在相应位置签名。

项 目	告 知 内 容	日期	时间	病人/家属	告知护士
高危药物静脉输液风险	在使用 ☒ 高浓度电解质制剂 ☐ 肌肉松弛药 ☐ 细胞毒化药物 ☒ 其它对血管刺激性强的药物时，可能会出现静脉炎症反应和输液不良反应。护士会及时给予观察与处理。	2020-9-26	22:10		
输血风险	个体差异、疾病等因素，在输液过程中会出现发热、过敏反应、溶血反应、大量快速输血后反应。	2020-9-26	22:10		
置管风险	经外周静脉穿刺置入中心静脉导管—PICC、胃管、导尿管等，可能产生置管困难、出血、导管滑脱、感染等。	2020-9-26	22:10		
吸痰危险	吸痰时清除呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅的有效措施。医护人员会严格按照流程规范地操作，但仍可能会发生粘膜受损、缺氧、窒息等情况。希望得到您的配合与谅解。	2020-9-26	22:10		
静脉血栓	由于年龄、手术、卧床等因素的影响，会导致患者静脉血栓的发生，可能产生不同程度的危害。医院已告知相关规章制度，同时医护人员会采取相应的措施，请家属配合并加强陪护。	2020-9-26	22:10		
保护用具使用	在住院治疗期间，因 ☐ 意识不清 ☐ 意识清，但不配合 ☐ 行为不能自控 ☒ 其它原因，可能存在拔除导管、撞伤、坠床等危险，为确保安全，需采用护理保护用具。这是一项保障病人安全的主要护理措施，希望得到您的理解与配合。	2020-9-26	22:10		
翻身更换床单位	为防止患者压疮发生，护士需给予定时翻身。在翻身或更换床单位时患者可能会出现心跳骤停、呼吸急促、血压下降、置管滑脱等危险。	2020-9-26	22:10		
转运中风险	患者因病情需要进行转科、检查等，在转运过程中可能会出现导管滑脱、病情突变等危险。	2020-9-26	22:10		
走失风险	在住院治疗期间，由于病人 ☐ 无自主行为能力 ☐ 精神疾病史 ☐ 智力障碍， ☐ 躯体疾病继发的精神障碍 ☐ 服用精神类药物 ☐ 情绪不稳定 ☐ 不配合医院管理，擅自离院 ☐ 既往有走失现象等，可能发生走失的危险，医护人员会采取相应的安全防范措施，请家属配合，并要求家属24小时陪护。				
其它					