

## 康复治疗知情同意书

姓名： 性别：男 年龄：58岁 病区名称：二区C 床号： 住院号：

入院诊断：1、脑干梗死急性期：吞咽障碍；2、2型糖尿病；3、胆囊结石

### 患者及家属：

您好！康复训练是为了帮助您最大程度地恢复身体、社会生活能力。为保证治疗正常开展，提高治疗效果，我们需要您积极配合遵从如下规定：

- 1、您需要按医嘱在约定时间接受治疗。
- 2、您因为身体或其他原因不能按时进行治疗，须最迟当日通知主管治疗师，并由主管治疗师在康复治疗卡上签字，表明当日当次未康复治疗。出院结账时凭此签字方可办理康复治疗退费手续。
- 3、治疗时需遵守治疗计划，以免发生不必要的损伤，避免治疗秩序混乱。
- 4、非治疗时间希望您不要在治疗室逗留，也不要未经许可的情况下自行康复锻炼。我们对非治疗时间发生的意外事件不承担责任。
- 5、治疗期间请您的家属和护工在治疗室外等候。

根据你的病情，由于已知和无法预见的原因，即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下，该训练前后及训练时仍有可能存在如下医疗风险：

- 1、严重骨质疏松有可能在过分用力或者跌倒时发生骨折；
- 2、运动时出现体位性低血压、低血糖或高血糖反应；
- 3、心脑血管病复发；
- 4、骨折内固定患者的内固定钢板或螺钉松动脱落；
- 5、治疗后出现肌肉酸痛，关节肿胀，疲劳，痉挛；
- 6、在康复治疗过程中出现癫痫、肺栓塞、栓子脱落等突发情况；
- 7、其他：在吞咽治疗过程中可能出现呛咳、恶心、呕吐，并由于误吸、误咽等，引起肺部感染、胸闷心悸等不可预知危险因素；

医务人员将采取必要的预防和救治措施已合理的控制医疗风险，但由于现有医疗水平限制，仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致不同程度的人身损害的不良后果。

### 医患双方的共识：

- 1、医疗机构及其医务人员在医疗活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德。
- 2、患方已充分了解该治疗方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果；对其中的疑问，已得到解答。经自主选择同意治疗方案。
- 3、本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其意思为双方真实意思的表示，并确认医方已经履行了告知义务，患方已享有知情、选择及同意权，授予我国法律保护。

患者签名：\_\_\_\_\_

签名日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名：\_\_\_\_\_

与患者关系：父子

签名日期：2019年2月7日

医生签名：吕倩倩

签名日期：2019年2月7日

## 康复治疗知情同意书

姓名： 性别：男 年龄：72岁 病区名称：二区C 床号： 住院号：

入院诊断：1. 脑干梗死恢复期：吞咽障碍；2. 高血压病3级，很高危；3. 2型糖尿病

### 患者及家属：

您好！康复训练是为了帮助您最大程度地恢复身体、社会生活能力。为保证治疗正常开展，提高治疗效果，我们需要您积极配合遵从如下规定：

- 1、您需要按医嘱在约定时间接受治疗。
- 2、您因为身体或其他原因不能按时进行治疗，须最迟当日通知主管治疗师，并由主管治疗师在康复治疗卡上签字，表明当日当次未康复治疗。出院结账时凭此签字方可办理康复治疗退费手续。
- 3、治疗时需遵守治疗计划，以免发生不必要的损伤，避免治疗秩序混乱。
- 4、非治疗时间希望您不要在治疗室逗留，也不要未经许可的情况下自行康复锻炼。我们对非治疗时间发生的意外事件不承担责任。
- 5、治疗期间请您的家属和护工在治疗室外等候。

根据你的病情，由于已知和无法预见的原因，即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下，该训练前后及训练时仍有可能存在如下医疗风险：

- 1、严重骨质疏松有可能在过分用力或者跌倒时发生骨折；
- 2、运动时出现体位性低血压、低血糖或高血糖反应；
- 3、心脑血管病复发；
- 4、骨折内固定患者的内固定钢板或螺钉松动脱落；
- 5、治疗后出现肌肉酸痛，关节肿胀，疲劳，痉挛；
- 6、在康复治疗过程中出现癫痫、肺栓塞、栓子脱落等突发情况；
- 7、其他：在吞咽治疗过程中可能出现呛咳、恶心、呕吐，并由于误吸、误咽等，引起肺部感染、胸闷心悸等不可预知危险因素；

医务人员将采取必要的预防和救治措施已合理的控制医疗风险，但由于现有医疗水平限制，仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致不同程度的人身损害的不良后果。

### 医患双方的共识：

- 1、医疗机构及其医务人员在医疗活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德。
- 2、患者已充分了解该治疗方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果；对其中的疑问，已得到解答。经自主选择同意治疗方案。
- 3、本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其意思为双方真实意思的表示，并确认医方已经履行了告知义务，患者已享有知情、选择及同意权，授予我国法律保护。

患者签名：

签名日期：2019年5月7日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名： 与患者关系：

签名日期： 年 月 日

医生签名： 钟丽娟

签名日期：2019年5月7日