

东莞市人民医院

入院病情告知书

姓名：叶沃根

科室：心胸外科 ICU

床号：监护 1

住院号：0001022225

一、疾病情况：

请您向医务人员详尽地如实提供您的健康情况、既往患过疾病及诊治经过、药物过敏史及近期是否到传染病疫区等，以免发生误诊漏诊，对您产生影响。

患者因“进食后胸痛，检查发现胸主动脉异物 5 天”于 2020-10-17 入院。目前病情评估 ☐ 平稳 ☒ 不稳定 ☐ 危重。

[既往史]：无特殊。

初步诊断：食管异物穿孔并主动脉损伤。

医务人员有相关的治疗方案、处理措施，但限于医学局限性及个体差异，预后或不如理想。

二、重要病情告知事项（请认真阅读）：

1、检查：为求进一步明确诊断，排除其它疾病，了解身体状况，需根据实际情况完成各项检查，可能包括部分贵重检查如 CT、MR 等。

2、重复检查：必要时根据病情需复查或需增加其他辅助检查项目可能。

3、治疗方案：目前的治疗方案仅为初步方案，在经过相关辅助检查、深入诊断后，需要不断的调整治疗方案以求达到最好的救治效果。

4、病情发展和治疗效果：任何疾病均有其自身的发展，在治疗过程中有可能存在原来病情平稳，但是不断变差的情况，甚至出现原发器官以外的正常脏器受累（全身多器官功能衰竭，也有败血症、呼吸道感染、尿路感染等医院感染危及生命可能）；治疗过程中也可能出现病情反复（好转又变差）等；医患双方均期待以最简便、最节省的治疗达到最好的效果，但医务人员不会对患者的诊疗效果给予 100% 保证。

5、不可预测情况：住院过程中可能出现难以预测的意外（如猝死）或其他严重危及生命的并发症。

6、治疗费用：医疗费用的高低视乎疾病的危重、复杂程度和诊疗项目而定。并发症的发生必然引起费用的增加。

7、知情选择：你有权与医生共同探讨相关疾病的诊疗方案；如果你认为我院的诊疗方案无法满足，可

以选择上级医院治疗；如果超出我院诊疗范围或能力的，我院将提供相关社保转诊证明。

三、重要住院须知项目（请知悉）

1、你应当使用真实身份信息（与身份证相符），如果不使用真实信息所产生的不良后果将由您自行承担。

2、从办理入院手续后到出院期间，病人不得离院，擅自外出者，由此产生的一切后果自负；病情允许的情况下，病人可在医院内散步，但请注意安全。因离院产生的一切责任（包括但不限于社保报销问题），由病人自行承担；无故离院超过 48 小时的，我院将按自动出院处理。

3、住院期间请尽可能留有陪人。由于陪护职责缺失所造成的老人、婴幼儿或其他行动不便病人受伤、走失等非医疗伤害或造成他人权益受损的，患者监护人要承担全部责任；病人在住院期间因自主行为如自伤、自杀、出走等造成的一切后果，由病人及家属承担一切责任。

4、住院期间治疗饮食须遵照医生的决定，听从护士的安排，尤其手术病人，不得随意更改饮食。

5、查房时间及治疗期间请不要离开病房，请保持病房的整洁、安静。

6、住院期间，请保管好你的个人财务，如有丢失，自行负责。如果你在住院时发现嫌疑人员在病区乱串或其他不安全隐患，请勿自行处理，应及时向值班医务人员报告，以免影响你的安全。

7、为了防止交叉感染，请勿出入其它病房；更不要自行调换床位，以免发生差错，影响您的治疗。

8、当您身体出现不适情况（胸闷、憋气、心慌、呼吸困难、烦躁、头晕等病情变化）及生活需要护士帮助时，请随时使用床头呼叫器呼叫医务人员，我们将及时为您提供医疗、护理服务。

9、根据法律规定，在医疗活动中如需要进行特殊检查、特殊治疗、手术、实验性医疗等情况时，医务人员应当向您和（或）家属详细告知相关适应症、并发症、替代诊疗方案和风险，为切实履行您的知情同意权和实施保护性医疗措施，请您慎重考虑，认真签署知情同意书等规范文书。这些文书一经双方自愿签署，就具有了相应法律效力，对您正确行使自己的合法权益具有重要意义。

10、我们将竭尽所能为您解除病痛，但我院医务人员不会给你疗效上的 100% 保证。因为有时未必能如您所愿或未能达到您的要求，如果您对我院工作人员服务态度、医疗和护理质量、医院管理等方面有意见，欢迎您向我院信访办联系，我们将认真对待并按规定处理；如果发生医疗纠纷，请保持理智、冷静，按照法律规定程序处理：可与医院协商解决，或申请卫生行政部门、医调委调解处理，或向人民法院提出诉讼，但绝不能扰乱正常医疗工作秩序，更不能殴打医务人员和损坏医院公共设施和财物。

11、医生将按诊疗规范对您进行治疗、管理；您不应要求医务人员提供虚假诊断、虚伪病假证明书或虚伪发票，也不应随便浪费医疗卫生资源，达到出院标准时请按医嘱出院。如果医生的诊疗行为存在过错，导致您的权益受损，医院将承担相应的侵权责任。

12、我院实行住院预交押金制度，费用不足时要及时续费；我院对住院病人实行住院费用一日清单制度，如果有疑问可以当时询问，并由医护人员当场解答。请保管好相关押金单、收费收据，避免因为遗失而产生

生不必要的麻烦。（特别收费收据遗失，不能补发，补办手续相当繁琐。）

万江院区信访办电话：28636165 28636166 手机：13728112299
28637720 28637750

，普济院区电话：

四、患方知情、选择及医师签名

我理解自身的病情、预后及目前的诊疗措施、可能发生的情况，我同意医生目前作出的处理，我愿意配合医生的诊疗并承担相应的医疗费用，我知道我享有与医生讨论诊疗方案或者选择其他医疗机构救治的权利。

我明白家属之间的病情沟通及治疗决定一致性非常重要，同时我理解家属的支持和陪护也一样重要，对于该内容引起的责任，由患方自行承担。

患者签名：

签名日期：

授权亲属

签名日期：

身份证号：

医生签名：

签名日期：

五、特殊约定：东莞市人民医院是临床、科研和教学于一体的综合性医院，我 ☒ 同意 ☐ 不同意 将我的健康相关信息和标本（包括已采集的血液、尿便或已切除组织）在严格隐私保护及伦理审查批准的前提下，将来用于非商业目的的医学研究。我也有权随时撤回本条特殊约定。签名：

若要求撤回本约定，请联系住院科室（电话：
填写）。

由告知者

☐ 撤回同意 签名：

时间：