



医患沟通记录

科别 泌尿外科(住院) 床号 住院号
姓名 性别 男 年龄 64岁 民族 汉族

因诊治疾病的需要,特与患方谈话如下:

地点:泌尿外科医生办公室

参加人员:患者、患者妻子、袁方医师

记录人:袁方

沟通内容:目前患者诊断为:前列腺腺癌(pT4N1M1b),膀胱转移癌,盆腔淋巴结转移,多发骨转移瘤,双肾囊肿,右输尿管下段结石伴双肾积水、肝多发囊肿、胆囊结石、双下肢重度水肿、动脉粥样斑块形成,低钠低氯血症、高钾血症、中度贫血。患者前列腺癌未控,肿瘤继续进展、恶化,目前可选择治疗方案少。经充分沟通后,患方自行购买奥拉帕尼治疗,已告知患者及家属目前奥拉帕尼大陆上市,但没有治疗前列腺癌的适应症,风险及效果未知。患方理解风险,仍自购奥拉帕尼治疗,结合我科经验,目前嘱患者口服奥拉帕尼200mg bid。患者排尿困难伴尿频,同意留置导尿,并继续利尿、纠正贫血、纠正低蛋白血症(自费输入人血白蛋白+口服水解蛋白)、纠正电解质紊乱等对症治疗。患者双下肢水肿明显,较入院稍消退。但TPSA进展,嗜睡、全身乏力,考虑疾病进展迅速,有危及生命可能,需积极完善相关检查,建议行心电监护、1级护理、留置导尿等。患者对病情严重程度理解,暂拒绝行心电监护。

医生陈述

我已经告知患者将要进行的诊疗方案以及此次诊疗可能发生的并发症和风险,可能存在的其它诊疗方法并且解答了患者关于此次诊疗的相关问题。我将廉洁行医,不接受患者及其家属的“红包”、贵重物品等。我们将保存您临床检测后剩余的样本及治疗信息,用于以后的对照和进一步的科学研究,以增加对疾病的进一步认识,我们将严格保护您的隐私。

医生签名: 袁方 签名日期: 2018-11-19

患者知情同意

1. 我的医生已经告知我将要进行的诊疗方案及此次诊疗可能发生的并发症和风险,可能存在的其它诊疗方法并且解答了我关于此次诊疗的相关问题。
2. 我同意在此次诊疗中医生可以根据我的病情对预定的诊疗方案做出调整。
3. 在治疗期间,本人及家属承诺不向医务人员赠送“红包”、贵重物品等,共创廉洁和谐的医疗环境。
4. 我同意将我检测后剩余的样本保存,用于以后的对照和进一步的科学研究。

患者签名: 签名日期: 2018-11-19

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的代理人在此签名:

患者授权代理人签名: 与患者关系: 夫妻 签名日期: 2018-11-19

患者知情同意