

呼吸机(机械通气)治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 16 岁 科室: 重症医学二病区 床号: [REDACTED]
住院: [REDACTED]
初步: [REDACTED]

根据您的病情,现急需进行 无创 机械通气(呼吸机)治疗,该项治疗需承担的费用较高,且具有一定风险,少数病人在该操作中和其后可能出现如下情况:

1. 气管插管中发生呼吸心跳骤停;
2. 气管套管有关并发症:插管困难、位置错误、插入主支气管、气管狭窄、气管食管瘘、出血、粘液栓堵塞、人工气道堵塞脱落致窒息等;
3. 肺气压伤:气胸、肺间质气肿、纵隔气肿、心包积气、气腹、空气栓塞等;
4. 循环功能障碍:胸内压增高、心输出量减少、血压下降、休克等;
5. 继发支气管——肺感染;
6. 通气不足、通气过度;
7. 水肿、腹胀、黄疸、胃肠道出血、氧中毒等;
8. 机械故障;
9. 不能绝对保证该治疗达到预期效果;
10. 该治疗术前和术中用药发生药物过敏反应;
11. 目前尚未预知的风险等。

主治医师或获授权医务人员签名: 王石峰
日期: 2024 年 5 月 3 日 时 分

☒ 我已详细阅读以上内容,对医务人员的告知表示完全理解,经慎重考虑,我同意接受呼吸机治疗,愿意承担以上风险,并授权医生在操作中出现紧急情况时实施救治措施,我愿意承担救治相应医疗费用。我明白在操作开始之前,我可以随时签署《拒绝医疗同意书》,以取消本同意书的决定。

患者 / 委托代理人 / 法定监护人签名: [REDACTED]
日期: 2024 年 5 月 3 日 时 分

☐ 我已详细阅读以上内容,医务人员已向我说明呼吸机治疗的重要性和必要性,经慎重考虑,我不同意进行该治疗,愿意承担由此引起的一切不良后果。

患者 / 委托代理人 / 法定监护人签名:
日期: 年 月 日 时 分