



迅速 尽心
FAST FUNCTION

重庆市急救医疗中心

重庆市第四人民医院

重庆市急救医疗中心

俯卧位通气治疗同意书

医生已告知我患有 重度 ARDS，需要使用 俯卧位通气 治疗。
俯卧位通气是为了改善肺部氧合，肺复张，纠正固性低氧血症的治疗方法。

治疗潜在风险：

1. 面部、胸部及肢体压伤，肢体溃烂、感染等；
2. 痰液引流不畅，肺部感染加重；
3. 气管插管或气管切开导管脱落，可能需要再次气管插管等抢救措施，抢救过程中出现心跳、呼吸骤停，危及生命可能等；
4. 血压降低、休克，严重时出现呼吸心跳骤停，危及生命；
5. 治疗效果不佳，无法达到治疗目的；
6. 深静脉置管、尿管、胃管等脱出；
7. 其他难以预知的风险。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：_____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法，并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名：_____

签名日期：_____

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在此签名：

患者授权的代理人或近亲属签名：_____

患者关系： 夫

联系电话：_____

签名日期： 2021.10.25

医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、该治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于该治疗的相关问题。

医生签名： [Signature]

签名日期： 2021.10.25

