

济宁医学院附属医院
Affiliated Hospital of Jining Medical University
血浆/红细胞置换术知情同意书

表单编号 版本号 2014-12-A

姓名:	性别:男	年龄:36岁	ID号:	科室:神经内科二病房	床号:
拟行操作日期:2018年02月26日					
目前诊断:四肢无力原因待查					
拟行穿刺部位: ☒ 肘静脉 ☐ 股静脉					
拟定操作者:操作者 护士					
拟行操作可能获益: 该操作成功的可能性或成功率 ☐ 治愈疾病; ☒ 缓解病情进展; ☒ 减轻病人痛苦; ☒ 挽救病变器官功能; ☒ 消除可能发生的潜在严重隐患; ☒ 挽救病人生命; ☐ 明确诊断; ☐ 其他:					
拒绝拟行操作可能导致的不良后果: ☒ 危及病人生命; ☒ 加重病情; ☐ 失去手术治疗机会; ☒ 引起各种严重并发症; ☒ 感染不能控制; ☒ 器官功能损害; ☐ 其他:					
可能的替代方案: 方案:丙种球蛋白 优点:无创 缺点:自费,不是首选方案 其他:					
血浆置换术可能带给您的意外风险及并发症: 1.过敏反应、溶血。 2.抗凝剂反应(麻木、恶心、呕吐、胸闷、心慌、寒战等)。 3.发热反应。 4.血制品输注相关并发症(过敏反应、溶血、病毒感染等)。 5.低血容量反应(暂时性低血压、头晕、黑蒙等)。 6.与被采者原有疾病相关的意外及原有疾病加重。 7.心脑血管意外。 8.穿刺部位血肿、疼痛;全身以及重要脏器出血等。 9.其他:					
尊敬的患者及家属 患者因病情需要,须在我院进行血浆/红细胞置换术,为使你们了解相应的情况,医师会将治疗的必要性和风险以通俗易懂的方式告知。 医生陈述 我已告知患者将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。 医生签名: 签名日期 2018年 2月 26日 13时 20分 我已详细了解上述各项内容,对手术必要性、手术风险及相关并发症表示理解,同意手术。 患者签名: 签名日期 年 月 日 时 分 患者授权人员签名: 与患者关系 夫 签名日期 2018年 2月 26日 13时 40分					

济宁医学院附属医院
Affiliated Hospital of Jining Medical University
输注血液制品治疗知情同意书

表单编号 版本号 2015-04-A

姓名:	性别:男	年龄:56岁	ID号:	科室:神经内科二病房	床号:
临床诊断:四肢麻木无力原因待查					
输血/血液制品史: ☐ 有 ☒ 无					
输注血液制品名称:人血白蛋白					
输注血液制品预期效果及益处:改善病情					
拒绝输注血液制品可能导致的不良后果: ☒ 危及病人生命; ☒ 加重病情; ☐ 引起各种严重并发症; ☒ 器官功能损害; ☐ 其他:					
拒绝输注血液制品,可采取的替代方案免疫球蛋白 该替代方案效果评价:					
疾病介绍和治疗建议: 根据您的病情,您需要进行输注血液制品治疗。该项治疗是临床治疗的重要措施之一,是临床抢救危重患者生命及必要治疗的有效手段。 血液制品为血浆源医药产品,为了提高血液制品安全性,国内所有的血液制品均按要求加入了一步或两步病毒清除/灭活工艺。但是在输注血液制品过程中或输注后仍可能产生一些情况如:					
医生陈述 一旦发生上述风险或意外,我们会采取积极应对。对危及生命的并发症处理的同时向家属紧急征求意见;对来不及征求家属意见,而且需要施行紧急心肺复苏、电除颤、气管插管、深静脉置管等抢救生命的紧急措施的,先抢救后告知。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异,意外风险不能做到绝对避免,且不能确保救治完全成功,可能会出现输注血液制品意外或并发症导致病情加重、甚至死亡等严重后果不良后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,因此,您必须认真阅读和理解这份《输注血液制品治疗知情同意书》,有不理解的地方,可向医生咨询,直至理解,感谢您的合作。 我已向患者解释了此知情同意书的全部内容和条款。并解答了关于此次输血/血液制品治疗相关的问题。 医生签名:李明耀 签署时间 2019年 9月 25日 10时 30分					
患者(患方)知情选择: 我已详细阅读以上内容,对医师的告知表示完全理解,经慎重考虑,我同意接受输注血液制品的治疗。一旦出现不良反应,同意接受进一步的处置。 患者意见: 患者签名: 签署时间: 年 月 日 时 分 患者授权委托人或法定监护人意见: 与患者关系 授权委托人或法定监护人签名: 签署时间: 2019年 9月 25日 10时 22分					

济宁医学院附属医院
Affiliated Hospital of Jining Medical University
血浆置换知情同意书

表单编号 版本号 2015-01-B

姓名:	性别:男	年龄:59岁	ID号:	科室:神经内科二病房	床号:
拟行治疗日期:2019年11月11日					
目前诊断:脑干脑梗?					
拟行治疗方式:血浆置换					
血液置换可能获益:(可选): ☒ 去除致病血浆或选择性地去除血浆中的某些致病因子; ☒ 缓解病情进展; ☒ 延长患者生命; ☒ 防治并发症; ☒ 消除可能发生的潜在严重隐患; ☐ 其他:					
拟行血液置换主要解决问题:清除血浆中的致病因子,调节免疫系统。					
拒绝拟行血液置换可能导致的不良后果: ☒ 加重病情; ☒ 危及病人生命; ☒ 引起各种严重并发症; ☒ 感染不能控制; ☒ 器官功能损害; ☐ 其他:					
可能的替代方案:(包括方案名称、方案优缺点) 方案:药物保守治疗 优点:无置管、穿刺及出血的风险。 缺点:血浆中的致病因子得不到清除,继续加重病情。 其他:					
血液置换可能带给您的风险及并发症: 1.血浆、肝素或鱼精蛋白等药物引起的皮肤过敏或过敏性休克。 2.穿刺部位血肿及全身其他部位大出血。 3.血浆分离器及吸附器、管路系统堵塞,破膜。 4.感染(包括治疗过程中的感染及血制品可能的感染)。 5.溶血、高钾血症。 6.治疗后黄疸反弹。 7.血压降低,休克。 8.心肺功能衰竭,心脏呼吸骤停。 9.出现病情突然变化或其他特殊情况治疗中止。 10.其他难以预料的风险及意外情况。					
尊敬的患者及家属 患者因病情需要,须在我院进行血液置换治疗,根据医疗行政管理法则,我们已在术前向您详细说明了患者情况、治疗方法及选择的依据、在治疗过程中有可能出现并发症、意外情况以及有关的防范、处理措施等。我们将竭尽全力为您提供优质的服务,科学、认真、严肃、谨慎地进行治疗。因此,您必须认真阅读和理解这份《血液置换知情同意书》,有不理解的地方,可向医生咨询,直至理解,感谢您的合作。					

济宁医学院附属医院
Affiliated Hospital of Jining Medical University
血浆置换知情同意书

表单编号 版本号 2015-01-B

医生陈述 我已告知患者将要进行的治疗方式,血液置换过程中及透析后可能发生的并发症和风险,可能存在的其它治疗方法,并且解答了患者关于血浆置换的相关问题。 医生签名: 签名日期 2019年 11月 11日 18时 00分 我已详细了解上述各项内容,对血液置换的必要性、风险及相关并发症表示理解,同意血液置换治疗。 患者签名: 与患者关系 子 签名日期 2019年 11月 11日 18时 02分 患者授权人员签名: 与患者关系 子 签名日期 2019年 11月 11日 18时 02分	
---	--