



四川大学华西第二医院（锦江院区）

彩色超声检查图文报告单

检查号：

日期：20

姓名：

性别：

年龄：

送检科室：锦江院区新生儿科医疗单元

住院号：

床号：

送检医生：

临床诊断：新生儿脐炎

检查部位：浅表器官彩超检查(其它浅表包块)

仪器型号：GE Voluson E8 201906

图片：

超声描述：

脐部皮下距离1.5cm处见范围1.4x0.4x1.6cm不均质低-弱回声区，可见细弱点状回声流动，周边组织内探及稍丰富血流信号。

超声诊断：

脐部皮下低-弱回声区（脐尿管感染？）

特别提示：

本检查结果仅反映受检查当时情况

签
名
册

检查医生：

记录：

（盖章有效）

地址：成都市成龙大道一段1416号 邮编：610066



扫描全能王 创建



四川大学华西第二医院



特殊药物治疗知情同意书

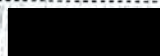
姓名:



病案号:



登记号:



时间: 2021年03月06日

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有或可疑 1. 新生儿脐炎, 2. 新生儿脐炎, 3. 脐尿管瘘, 需要进行 万古霉素 治疗。

特殊药物使用可能获得益处: 可控制疾病的进展、改善症状、改善生活质量, 有些是用于抢救生命, 或治愈疾病的药物。

拒绝特殊药品使用可能导致不良后果: 特殊药品有特殊的功能和疗效, 拒绝使用可能加重病情、病情不能控制或疾病复发, 严重时可能危及生命。

可供选择的其它治疗方法: 特殊药物一般没有可靠的替代方法

治疗潜在风险和对策

医生告知我特殊药物治疗可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的治疗方案根据不同病人及疾病状态有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何治疗都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。



四川大学华西第二医院

特殊药物治疗知情同意书

姓名:

病案号:

登记号:

时间: 2021-03-06日

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有或可疑 1. 新生儿脐炎, 2. 新生儿脐炎, 3. 脐尿管瘘, 需要进行 万古霉素 治疗。

特殊药物使用可能获得益处: 可控制疾病的进展、改善症状、改善生活质量, 有些是用于抢救生命, 或治愈疾病的药物。

拒绝特殊药品使用可能导致不良后果: 特殊药品有特殊的功能和疗效, 拒绝使用可能加重病情、病情不能控制或疾病复发, 严重时可能危及生命。

可供选择的其它治疗方法: 特殊药物一般没有可靠的替代方法
治疗潜在风险和对策

医生告知我特殊药物治疗可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的治疗方案根据不同病人及疾病状态有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何治疗都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。

3. 我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策:

1) 药物的过敏反应、中毒反应、有时可危及生命;

2) 骨髓功能抑制、贫血、白细胞降低、出血倾向;

3) 肝肾功能损害;

4) 感染、严重感染有些感染难以控制, 严重者可危及患者生命;

5) 可能造成神经系统、脏器功能、皮肤粘膜损害、甚至危及生命;

6) 可能造成血管炎及周围组织受损;

7) 可能造成代谢紊乱;

8) 治疗效果欠佳或预后不良;

9) 药物副反应如: 发热、恶心、呕吐、腹泻、头痛、皮疹等;

10) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提前请患者及家属特别注意的其他事项, 如

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的治疗方式、此次治疗及治疗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我关于此次治疗的相关问题。我自愿选择 万古霉素 治疗。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情预定的治疗方式做出调整。

第1页

2021.3.6



四川大学华西第二医院

特殊药物治疗知情同意书

姓名:

病案号:

登记号:

我理解我的治疗需要多位医生共同进行。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

我们对治疗风险及不良后果表示完全理解, 并承担相应的风险和后果, 在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时, 为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案, 并保证承担全部所需费用。

医生陈述

我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗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治疗的相关问题。

我已知晓上述全部内容。

患者(监护人)签名:

签名日期: 2021.3.6

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名:

与患者关系:

签名日期

医务人员签名: 梅

签名日期

2021.3.6

