

湖北省十堰市人民医院
湖北医药学院附属人民医院
气管插管呼吸机辅助呼吸治疗知情同意书

根据患者目前病情,需进行气管插管接呼吸机辅助呼吸 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属、代理人)交代并说明,一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名:

2022年08月22日17时24分

本人系患者(代理人), (患者)因患昏迷查因疾病, 需行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共 1 条 告知内容我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果,同意接受此检查(治疗),因系本人意愿,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(

患者近

时 间: ✓

本人系患者(代理人), (患者)因患昏迷查因疾病, 需行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性、以及可能发生的医疗风险和不良后果以及拒绝检查(治疗)的医疗风险。对

医师以上说明及本页背面举例讲解的共 条告知内容,我已充分理解,且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险,决定拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(代理人)签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

时 间:

湖北省十堰市人民医院
湖北医药学院附属人民医院
气管插管呼吸机辅助呼吸治疗知情同意书

特殊检查（治疗）不良后果及医疗风险告知内容

患者目前诊断：意识障碍查因，热射病？拟行气管插管呼吸机辅助呼吸治疗，此项治疗的目的是：改善通气，挽救生命，为进一步治疗争取时机；现将在此项治疗前的准备过程中、治疗时及治疗后可能出现的并发症及不良后果告知如下：

1. 插管不成功；
2. 插管过程中，可能导致牙齿脱落，损伤口鼻腔和咽喉部粘膜引起出血、下颌关节脱位、寰枢关节脱位；
3. 插管过程中，可能引起剧烈咳嗽、喉头水肿、支气管痉挛；反射性引起心动过缓、心律失常、心脏骤停、血压剧升致心脑血管意外而危及生命；
4. 导管断裂、扭曲，通气不佳，需再次插管；误入一侧支气管致一侧肺不张；气囊压迫致气管-食管瘘，气管狭窄；
5. 在呼吸机使用的过程中可导致肺气压伤、剪切伤、生物伤，肺大泡破裂导致血、气胸；
6. 出现血压下降，低排血量和氧中毒；通气过度 and 通气不足；
7. 产生呼吸机相关性肺炎，感染难以控制；
8. 基础疾病若难以控制，对呼吸机产生依赖，难以撤机，医疗费用较高；
9. 其他可能发生的无法预料或者不能防范的并发症；
10. 可能需多次行气管插管、呼吸机辅助呼吸，如无特殊情况，则不再另行告知，视同同意行气管插管、呼吸机辅助呼吸术；
11. 若出现与此治疗相关的并发症及不良后果将增加医疗费用，由此产生的费用由病人自己承担。

以上情况已知情，并将决定向其它家属转达。

患方（近亲属、

经治医师签名：

湖北省十堰市人民医院
湖北医药学院附属人民医院
中心静脉穿刺置管术手术知情同意书

手术名称:中心静脉穿刺置管术

根据患者目前的病情,需进行中心静脉穿刺置管术。本医师已针对患者病情,向患者说明该治疗的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,实施该治疗可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属、代理人)交代说明,一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名:

2022年08月22日

本人系患者(代理人), (患者)因患昏迷查因疾病,需行上述治疗。医师已告知实施此治疗的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共19条告知内容我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果,同意接受此治疗,并授权医师对治疗中切除标本或组织进行合理的医学处理。因系本人愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者()

患者近

时 间:

本人系患者(代理人), (患者)因患昏迷查因疾病,需行上述治疗。医师已告知实施此治疗的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果,以及拒绝治疗的医疗风险。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共条告知内容, 我已充分理解,且明确知道接受治疗和拒绝治疗应承担的风险,决定拒绝接受该治疗,由此导致的风险和后果由本人承担。因系本人愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(代理人)签名:

患者近亲属签名:

与患者的关系:

时 间:

湖北省十堰市人民医院
湖北医药学院附属人民医院
中心静脉穿刺置管术手术知情同意书

中心静脉穿刺置管术手术可能出现并发症及不良后果列举如下：

一、股静脉穿刺置管术手术可能出现的并发症及不良后果：

- 1、局麻药过敏，严重时可能出现呼吸心跳停止；
- 2、穿刺部位感染出血和/或血肿；
- 3、静脉穿孔，严重时引起腹膜后出血和血肿；
- 4、股静脉或髂静脉血栓性静脉炎和血栓形成；
- 5、空气栓塞；
- 6、导管残端遗留形成管栓；
- 7、动脉瘤形成，需要行加压包扎、介入、外科手术等治疗措施；
- 8、股动静脉瘘，需要行介入、外科手术等治疗措施。
- 9、其他不可预知的风险及并发症。

二、颈内静脉或锁骨下静脉穿刺置管术手术可能出现的并发症及不良后果：

- 1、局麻药过敏，严重时可能出现呼吸心跳停止；
- 2、穿刺部位感染出血和或血肿；
- 3、颈内静脉留置导管周围血栓形成；
- 4、上腔静脉血栓形成和梗阻；
- 5、空气栓塞；
- 6、导管残端遗留形成管栓；
- 7、损伤性并发症：血气胸，静脉穿孔；
- 8、动脉瘤，需要行加压包扎、介入、外科手术等治疗措施；
- 9、动静脉瘘，需要行介入、外科手术等治疗措施。
- 10、其他不可预知的风险及并发症。

以上情况已知情，并将决定向其它家属转达。

患方（近亲）

经治医师签：

湖北省十堰市人民医院
湖北医药学院附属人民医院
特殊检查(治疗)知情同意书

特殊检查(治疗)名称:

根据患者目前的病情,需进行血液灌流+血液净化检查(治疗)。本医师已经针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有的医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者或患者近亲属(或授权委托人)交代并说明,一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名:

日期:2022年08月22日17时23分

本人系患者(或受患者委托人), (患者)因患昏迷查因疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以

上说明及本页背面举例讲解的共17条告知内容我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果,同意接受此检查(治疗),并授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理。因系本人意愿,目前及以后不再对上述问题提出异议。

(签署意见)

知情同意
血液净化

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名(注明与

本人系患者(或受患者委托人), (患者)因患昏迷查因疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性、可能发生的医疗风险和不良后果,以及拒绝检

查(治疗)的医疗风险。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共 条告知内容,我已充分理解,且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险,决定拒绝接受

湖北省十堰市人民医院
湖北医药学院附属人民医院
特殊检查(治疗)知情同意书

该检查(治疗)，由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿，目前及以后对此不提出异议。

(签署意见)

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者的关系):

时间:

血液灌流+血液净化特殊检查(治疗)可能出现的并发症及不良后果列举如下:

(1) 血液净化治疗前准备、血液净化治疗中及血液净化治疗后可能出现的并发症及不良后果告知(谈话)的基本内容列举如下:

(1) 血液净化治疗前后、血液净化治疗中可能出现隐性疾患突发,甚至呼吸心跳骤停。

(2) 在原有病情加重或出现隐性疾患突发,甚至呼吸心跳骤停时,将会影响抢救措施的实施。

(3) 为建立临时性血管通路,需行大血管插管。若患者存在解剖变异,可能无法避免地损伤周围及附近组织器官,导致插管失败,甚至损伤大血管,引起大出血、血肿、窒息、心律失常等。

(4) 同时可能损伤周围器官,导致血气胸、心包填塞、纵隔出血、周围神经丛受损;插管过程中还可能引起感染、血栓、栓塞、动-静脉瘘等;

(5) 导管留置期间,可能出现血管狭窄、血栓形成及脱落、感染等;

(6) 必要时需拔除导管,重新置管。若患者插管部位活动幅度过大,可能引起导管脱落,甚至大出血;

(7) 出现上述情况,必要时需行气管切开或手术治疗,严重者可能导致患者死亡;

(8) 血液净化治疗必须使用透析器等器材,可能发生“首次使用综合征”、过敏反应、呼吸困难、休克等,甚至危及患者生命;

(9) 如果在治疗过程中需使用抗凝剂,若患者存在出血倾向或某些隐匿性疾病,可能引起皮肤、粘膜,甚至重要脏器出血(包括消化道大出血、脑溢血等),从而危及生命;

(10) 若患者血粘度过高或血流量欠佳,可能导致透析器、管道等凝血,以至失血,并需随时更换透析器材;

(11) 迷走神经反射性心脏抑制;

湖北省十堰市人民医院
湖北医药学院附属人民医院
特殊检查(治疗)知情同意书

(12) 患者可能存在多器官功能障碍, 在治疗过程中可能出现恶心、呕吐、头痛、血压过高或低血压、脑溢血或脑梗塞、心绞痛、心肌梗塞、心律失常、心衰、呼吸窘迫综合征、休克, 严重者可能导致死亡;

(13) 患者病情转归和预后视原发病和病情发展而定; 治疗效果可能不满意甚至无效; 或治疗后复发, 需进一步治疗。

(14) 血液净化治疗费用较高, 尤其慢性肾功能衰竭者长期维持性透析, 若不能保证经费, 随时可能中断治疗;

(15) 其它无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。

(16) 治疗过程中感染乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等传染性疾病。

(17) CRRT治疗费用较昂贵, 且CRRT专用套盘、透析器均为自费项目, 均未纳入医保及农村合作医疗报销范围。

以上 17 条已知情, 确认, 自愿承担相应风险及后果。

患者(授权委托):

患者近亲属:

医师签字: