



皖南医学院 第一附属医院
弋矶山医院
Yijishan Hospital of Wannan Medical College

药物流产知情同意书

姓名: [] 性别: 女 年龄: 22岁 科室: 产科 病区: 一病区 床号: [] 住院号: []

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我需进行药物流产手术。

手术潜在风险和对策:

医生已告知我及家属如下药物流产手术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, 具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 任何麻醉都存在风险。
2. 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. 此手术可能发生的风险:
 - 1) 药物过敏或其他不良反应;
 - 2) 药流不全, 必要时需要刮宫;
 - 3) 出血多, 出血时间长, 甚至大出血、休克;
 - 4) 药物流产失败;
 - 5) 盆腔感染;
 - 6) 贫血;
 - 7) 月经不调;
 - 8) 继发不孕;
 - 9) 其他不可预料情况。
4. 我理解如果患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。
5. 我理解我应提供真实有效的病史材料, 否则可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素:

根据患者的病情, 患者可能出现以下特殊的并发症或风险:

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我关于此次操作的相关问题。

- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。



皖南医学院 第一附属医院
弋矶山医院
Yijishan Hospital of Wannan Medical College

药物流产知情同意书

姓名: [] 性别: 女 年龄: 22岁 科室: 产科 病区: 一病区 床号: [] 住院号: []

患者签名: 签名日期:

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:

医生陈述:

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术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手术的相关问题。

医生签名: [] 签名日期: 2022.4.9



皖南医学院 第一附属医院
弋矶山医院
Yijishan Hospital of Wannan Medical College

妇产科胎盘及死婴处置知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 22岁 科室: 产科 病区: 一病区 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

入院时间: 2022年06月09日 16时19分

入院诊断: 1. 胎儿心脏畸形 2. G2P0, 孕27周+5天

根据卫生部的有关文件规定:产妇分娩后胎盘应当归产妇所有。产妇放弃或者捐献胎盘的,可以由医疗机构进行处置。任何单位和个人不得买卖胎盘。如果胎盘可能造成传染病传播的,医疗机构应当及时告知产妇,按照《传染病防治法》、《医疗废物管理条例》有关规定进行消毒处理,并按照医疗废物进行处置。

我已知晓上述文件精神,自愿选择以下第项胎盘处理方式

- 1、自行带回处理
- 2、产妇放弃或捐献,由医院进行处置
- 3、因传染病进行焚烧:如肝炎、梅毒、尖锐湿疣、艾滋病等
- 4、因病理检查,由医院进行处置

