

住院病案首页

医疗付费方式：☐ 异地

428 陈 强

第1次住院

姓名	性别	男	出生日期	2002-02-24	年龄	19岁	国籍	中国
----	----	---	------	------------	----	-----	----	----

(年龄不足1周岁的)	年龄	新生儿出生体重	新生儿入院体重

出生地	籍贯	新职	民族	维吾尔族
-----	----	----	----	------

身份证号	文化程度	高中	职业	职员	婚姻	1
------	------	----	----	----	----	---

现住址	电话	邮编
-----	----	----

户口地址 邮编 844000

工作单位及地址	第 10 组	邮编
---------	--------	----

联系人姓名	关系	兄弟姐	地址	电话
-------	----	-----	----	----

入院途径	2	1. 急诊	2. 门诊	3. 其他医疗机构转入	4. 其他
------	---	-------	-------	-------------	-------

入院时间 2021-10-26 入院科别 泌尿外二科 床号 16 转科科别

出院时间	2021-11-16	出院科别	泌尿外科三科	床号	16	实际住院	21	天
------	------------	------	--------	----	----	------	----	---

入院诊断 阴茎癌 疾病编码 S58.200x003

[illegible]

入院病情: 1. 有 2. 临床未确定 3. 情况不明 4. 无 转归: 1. 治愈 2. 好转 3. 未愈 4. 其他 5. 死亡

病历分型: D. 危重

损伤、中毒的外部原因	住家编码
------------	------

病理诊断：—

药物过敏:	1	1. 无 2. 有	过敏药物:	—	死亡患者已检:
-------	---	-----------	-------	---	---------

血型: ☒ 3. 1.A 2.B 3.O 4.AB 5.不详 6.其他 胎: ☒ 2. 1.阴 2.阳 3.不详 4.未查

科主任 [] 主任(副主任)医师 [] 主治医师 [] 住院医师 []

提明

责任护士 进修医师 实习医师 编码员

操作编码	操作日期
58.3905	2021-11-08
57.3209x001	2021-11-03
64.4500	2021-11-09

离院方式 ☒ 1. 医
3. 医嘱转社区卫生
是否有出院31天内再
颅脑损伤患者昏迷时
住院费用(元): 总
综合医疗服务类:

新疆医科大学第一附属医院

新医科大一附院住院信息表

拟住科室: 拟住科室地址:
门诊卡号: 开单时间: 2021-10-26
费别: 自费 上次住院号: (第 次)
患者姓名: 性别: 男 年龄: 岁
民族: 维吾尔族 身份证号:
通讯地址: 职业: 其他
联系人姓名: 联系方式:
与患者关系: 入院方式: 门诊
拟 诊: 脑梗塞
其它诊断: 尿道完全断裂
新医结果: 1
入院病情: 一般 病区收治选择: 外科病区
床位类型: 普通 首次预交款: 3000 元
病种类型: 普通 医保选项: 城镇职工
医师签章: 开单科室: 男科门诊

请将此信息表填写完整并确认后办理住院
手续, 此表一经确认保存90天

患者姓名: 性别: 否
正确姓名: (如信息错误请填写)
出生日期: 2002/3/24 职业: 其他
身份:
身份证地址:
性别: 男 民族: 维吾尔族
本人电话:
工作单位:
联系人姓名:
与患者关系:
联系:
联系人电话:
确认信息签字

尊敬的各位患者:

您好!感谢您对新医大一附院的信任, 本单仅为患者离住院治疗的
证明, 如出院无续或病情不允许久等者, 病人须自行到其他医疗机构就
诊, 以免延误病情。

请患者于出院后8小时内到护士站办理入院手续, 超时将无法
入院, 需要在窗口重新办理住院方可入院。

医保患者: 医保登记准备身份证、医保卡、转院证明复印件一份、
特困供养、民政救助)在医保审核后, 免收住

手术知情同意书

尊敬的患者/患者亲属/法定监护人/授权委托人:

您好!根据您目前的病情,您有手术适应症,我们特向您详细介绍和说明如下内容,同时对您的疑问和要求进行咨询和答复,以帮助了解相关知识,作出选择。

您是否理解并同意: ☒ 需要 (□盲文、□盲语、□翻译等)

患者姓名

年龄: 岁

科室: 泌尿外科

性别: 男

住院号:

疾病介绍:

患者因“反复自残阴茎3月余”后经完善相关检查,目前初步诊断“阴茎离断”,根据现有诊疗规范,您具备手术治疗的适应症,拟实施手术(名称): 阴茎再植术

• 手术指征: 患者阴茎离断,需行阴茎再植术改善患者生活质量。患者无明确手术禁忌症。

• 手术预期效果及益处: 保留阴茎外观,改善患者生活质量。

• 实施手术,术中或术后可能出现但不限于以下并发症、手术风险:

1. 麻醉意外;
2. 术中术后心脑血管意外及血栓并发症;
3. 根据术中情况决定具体手术方案,因患者病情需行阴茎包埋,阴茎吻合失败,甚至中途停止手术可能;
4. 术中损伤周围血管神经,术后切口感染,切口延迟愈合;
5. 术中阴茎血管神经及尿道无法恢复,术后出现尿瘘可能;
6. 本次手术目的只为恢复阴茎外形,功能无法恢复;需分期手术、反复手术可能;
7. 术后瘢痕粘连、挛缩使阴茎回缩,外形改善不满意;
8. 患者病程长,阴茎感染重,术前尿液存在细菌,术后切口感染,阴茎感染、糜烂;需行阴茎切除,近端尿道感染,需切除,尿道改道可能;
9. 术中包皮切除过多或过少可能;
10. 该手术相关部分费用非医保范围,需个人承担;
11. 手术时间长,麻醉风险增加;
12. 术后住院时间长,费用高;
13. 术后阴茎感染加重,严重时导致全身性感染,需长期使用抗生素,必要时转往ICU进一步治疗,费用增加;
14. 其他不可预见的风险和并发症。

患者自身存在高危因素: 暂无,以上这些高危因素可能导致手术风险加大,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。

• 如不实施该手术,可采取的替代方案: 内科保守治疗,该替代方案评价: 效果较差,无法恢复阴茎外形,影响生活。(如有多个替代方案,请依次列出)

我们将以高度的责任心,认真执行手术操作规程,做好抢救物品的准备及手术过程中的监测。一旦发生手术意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救措施。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,可能会出现残疾、组织器官损伤导致功能障碍,甚至死亡等严重后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,敬请理解。

我已向患方解释了此知情同意书的全部内容和条款。

主治医师签:

签字日期: 2021年11月7日13时30分

术者签:

签字日期: 2021年11月7日13时30分

手术知情同意书

患者/患者亲属/法定监护人/授权人(姓名)

确认:

· 医师向我详细解释了我的病情及将接受的手术,并已就以上医疗风险向我解释了以上手术风险、并发症、效果及预后等情况,并知道手术是创伤性治疗手段。由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响,手术中可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况;

· 医师向我解释了其危险因素,以及放弃手术我所面临的不利后果;

· 我已就我的病情、手术及其风险以及可选择的治疗手段向我的医师进行了详细的咨询;我的问题已经经过讨论并得到了满意的答复;

· 医师已经向我解释手术过程中如果出现紧急情况会按相关治疗方案进行处理;

· 医师已向我告知术中及术后可能出现的并发症,我已理解并愿意承担;

· 我并未得到手术百分之百成功的

基于以上陈述,在此本人授权医师:

· 在术中或术后发生紧急情况下,为保障本, 医师有权按照医学常规予以紧急处置,更改并实施必要的抢救。

· 接受该手术方案,并对产生的不良后果已做好了充分思想准备。

(请患者签署“同意”字样)

· 我 接受该手术方案,并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。

(请患者注明“拒绝”字样)

患者签字: 签字日期: 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请患者的监护人、近亲属、授权委托人请在此处签字:

签字: 患者关系: 签字日期: 2017年 月 日 时 分

· 在 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、科学研究和医疗废物处理等。

· 患者或者患者的监护人、近亲属、授权委托人签署“同意”或“拒绝”

患者签字: 签字日期: 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请患者的监护人、近亲属、授权委托人请在此处签字:

签字: 患者关系: 签字日期: 2017年 11月 日 时 分

文化援助 我提供了 (请填写盲文、手语或者患者具体语言)的翻译,我翻译的内容包括此知情同意书中的内容及医师与患者或患者委托人的一切语言或书面信息。

翻译签字: 签字日期: 年 月 日 时 分