



连续血液净化知情同意书

姓名: 科室: 病案号:

患者姓名: 性别: 女 年龄: 49 岁 联系方式: -

诊断: 肝脓肿?

拟施治疗: 连续血液净化

患方在明确表示接受该检查(治疗)方案之前,医师已经将检查(治疗)的方法和检查(治疗)中、检查(治疗)后的并发症及其他风险、可能的后果等情况对患方进行了告知,患方对医师告知的内容已经清楚并理解,可能发生医疗意外及并发症包含但不仅限于如下内容:

术中及术后可能出现的情况:

- 1) 脑血管意外;心跳、呼吸骤停,死亡;
- 2) 局部形成血肿、出血、动脉及神经副损伤、动静脉瘘、血栓形成;
- 3) 局部感染及败血症;
- 4) 气胸、血胸、纵隔及皮下气肿;
- 5) 头部、颈部及上肢水肿;
- 6) 空气栓塞、肺栓塞;
- 7) 淋巴管损伤,乳糜胸;
- 8) 血管变异,误入动脉,置管失败;
- 9) 发热反应和败血症;
- 10) 滤过器破膜漏血;
- 11) 凝血功能障碍导致出血;
- 12) 导管内凝血,静脉血栓形成或狭窄,影响透析疗效或无法透析;
- 13) 导管脱落;
- 14) 其他难以预料的并发症与意外。

根据患者情况需特殊交待:

我们在认真检查分析患者病情的基础上,提出上述诊疗措施,并严格按照有关规定实施,医师已向患方详细交待和解释了以上所有检查(治疗)风险,这些并发症发生后可能导致患者身体器官严重功能障碍,甚至留下终身残疾,严重的还可能危及患者生命。

意外情况知情同意: 由于现有医疗科技水平所限,除了医师告知的危险以外,检查(治疗)中仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他危险,从考虑患者利益角度出发,应按照医学常规予以处置,尤其是发生紧急、危险情况时,患方 ☒ 同意, ☐ 不同意 医师可以即时处置。

负责医师意见: 上述情况已由医师告知患者本人(或其委托人),医生认为本病是连续血液净化适应证,建议进行连续血液净化治疗,若同意,请患者本人或其委托人签署意见并签名认可。

医疗机构意见: 同意

(签名或盖章)

患者意见:

患者签名:

受托人意见: 同意

受托人签名(与患者关系):

记录时间: 2023-02-14 14:00