

广东省中医院珠海医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名：

目前诊断：慢性肾功能衰竭急性加重？

治疗（检查）名称：1. 深静脉穿刺置管术2. 血液透析

患者因患：慢性肾功能衰竭急性加重？疾病，需行治疗（检查）。本医师针对患者病情，告知了目前可行的治疗（检查）方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致，选择上述治疗（检查）方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术的条件，施行该治疗（检查）可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属）（被授权委托人）交待并说明，一旦发生所述情况，可能加重病情或危及生命，医务人员将按医疗原则予尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意，请书面表明意愿并签字。

可能出现的情况及并发症列举如下：

- 1、锁骨下静脉穿刺：与穿刺相关的并发症包括出血、血肿、气胸、血胸、纵隔积气、误穿动脉、上腔静脉穿孔、右心房穿孔、心包积血、肺内出血、正中神经损伤、肺栓塞和心律失常等。如果置管时间较长，可能出现感染、导管腔堵塞、锁骨下静脉血栓或狭窄、导管脱落等。
- 2、股静脉穿刺：相关并发症包括误穿动脉、出血、血肿、感染、导管腔堵塞、股静脉血栓或狭窄、导管脱落等。
- 3、颈内静脉穿刺：并发症基本与锁骨下静脉穿刺相同。
- 4、血液透析过程中可能会出现心脏骤停、休克或心律失常、猝死等并发症。

血液透析可能发生的风险：

- 1、发热与致热原反应；低血压与肌肉痉挛。
- 2、出血（如颅内出血、上消化道出血和心包出血、眼底出血、皮下出血等）、凝血和溶血；空气栓塞。

医师签名：_____

患方签名：_____

广东省中医院珠海医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名:

本人系患者（或受患者委托的代理人），在神志完全清醒的状态下签署本协议。

（患者）因患 1. 慢性肾功能衰竭急性加重 疾病，在贵院治疗。

经医师向我说明各种治疗方案的优缺点后，我决定选择：

A. 同意 接受上述治疗（检查），且承担上述风险，同意医师实施上述治疗（检查）方案，同时授权委托医师根据治疗（检查）中病情判断和患者利益，调整治疗（检查）方案。医师以上说明我已充分理解，目前及以后不再对上述问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述治疗（检查），并承担相应后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

签署意见（必须注明同意或拒绝）： 同意

同意

患者（授权委托人）签名：

患者近亲属（被授权委托人）签名（注明 与患者的关系）：

2021 年 3 月 24 日 时 分

广东省中医院珠海医院
特殊治疗（检查）知情同意书

目前诊断：1. 慢性肾功能衰竭急性加重

治疗（检查）名称：肾穿刺活检术

患者因患：1. 慢性肾功能衰竭急性加重疾病，需行治疗（检查）。本医师针对患者病情，告知了目前可行的治疗（检查）方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致，选择上述治疗（检查）方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术的条件，施行该治疗（检查）可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属）（被授权委托人）交待并说明，一旦发生所述情况，可能加重病情或危及生命，医务人员将按医疗原则予尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意，请书面表明意愿并签字。

可能出现的情况及并发症列举如下：

1. 麻醉意外，有呼吸、心跳骤停，多脏器损伤之可能；
2. 穿刺引起疼痛、出血、肾周或腹膜后血肿、动静脉瘘；
3. 感染或内脏损伤；
4. 穿刺不成功或取材不满意；
5. 其他不可预知的并发症。

医师签名：

患方签名：

广东省中医院珠海医院
特殊治疗（检查）知情同意书

可能出现的情况及并发症列举如下：（续背面）

3、高血压、心律失常、心包炎和心包填塞、心衰等。

4、透析器首次使用综合症、失衡综合征、低氧血症。

5、血管通路并发症：（1）血管直接穿刺致局部疼痛、血肿及血流量不足。

（2）腔静脉导管留置所致血肿、出血、感染、
栓塞。

（3）内瘘功能不佳。（内瘘堵塞、假性静脉瘘

破裂出血）

6、突然停电、停水或机器发生故障致使治疗不能顺利完成。

医师签名：刘东 2021年3月24日

本人系患者（或受患者委托的代理人），在神志完全清醒的状态下签署本协议。

（患者）因患慢性肾功能衰竭急性加重？疾病，在贵院治疗。

经医师向我说明各种治疗方案的优缺点后，我决定选择：

A. 同意 接受上述治疗（检查），且承担上述风险，同意医师实施上述治疗（检查）方案，同时授权委托医师根据治疗（检查）中病情判断和患者利益，调整治疗（检查）方案。医师以上说明我已充分理解，目前及以后不再对上述问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述治疗（检查），并承担相应后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

签署意见（必须注明同意或拒绝）： 同意

刘东

患者（授权委托人）签名

患者近亲属（被授权委托人）签名（注明 与患者的关系）：

2021年3月24日 时 分