

# 重庆市中医院血液净化中心

## 血浆置换知情同意书

患者姓名	性别：女	年龄：31	病历
<b>治疗建议：</b> 该患者因病来我院就诊，根据患方所陈述的病情、存在的病症及有关检查，现诊断为__自身免疫性溶血性贫血，系统性红斑狼疮__，由于病情需要进行血浆置换。			
<b>治疗潜在风险：</b> 由于血浆置换是一种有一定风险及难度的治疗方案，鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情差异等因素，具体的治疗方案根据不同病人的情况可能有所不同，在治疗中及治疗后可能存在下列医疗风险，特在治疗前进行告知。 医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。 1. 我理解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。 2. 我理解该治疗可能发生的风险： 1) 血流动力学紊乱：高血压、低血压，心律失常，加重原有心脏病，严重时可致心跳呼吸骤停。 2) 治疗过程中因抗凝导致出血或加重原有出血倾向，出现脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等。 3) 水电解质酸碱平衡紊乱。 4) 可能会并发感染或原有感染播散。 5) 出现血浆过敏、热源反应、高热、寒战等。 6) 治疗过程中可能出现体外循环，管路及滤器凝血，造成失血。 7) 体温不升、空气栓塞、溶血、肿瘤扩散及其他无法预知的情况。 8) 治疗过程中因患者无法耐受而必须中断治疗。 3. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝功能不全、凝血功能障碍、肿瘤性疾病及感染等疾病时，以上这些风险可能会加大，或者在治疗过程中或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。 4. 我理解治疗中如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响治疗效果。			
一旦发生上述情况有可能导致患者不同程度的人身损害和经济损失等不良后果。医务人员应当严格遵守医疗服务职业道德、医疗工作制度及操作常规进行手术和操作，并采取必要的预防和救治措施，并尽量避免并发症或其他医疗意外，一旦发生上述并发症，医院会尽力救治。医院不因上述并发症减免医疗费用，请患者和家属理解。希望患者在了解上述情况下，自愿接受该项治疗。 有关血浆置换治疗中及治疗后可能发生的并发症及医疗意外，医生已向患方详细阐明，患者和/或其亲属完全知晓，并确认医方已履行了告知义务，患方已享有知情、选择及同意的权利。患者和/或其亲属已接受医疗风险的告知，经过慎重考虑，同意治疗，签字生效。			
患者签名：		亲属或法定代理人签字：	
联系电话		告知医生签名	
签名日期	2019	年	7 月 22 日