

中山大学附属第三医院

特殊性检查和治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 48 病区: 内科 ICU 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

诊断: 急性肝衰竭

拟施行: 血液净化治疗 (CRRT、血浆置换、血液灌流)

依照《执业医师法》,《医疗事故处理条例》的有关规定,病人及家属享有知情权,现将拟行该项检查的目的,可能出现的副作用、并发症、后遗症、意外等告知予您:

- 1) 血管通路血流不畅,体外循环凝血需重新置管;
- 2) 空气栓塞;
- 3) 循环功能不稳定,导致血压下降、心律失常甚至呼吸心跳骤停;
- 4) 出血或血栓形成;
- 5) 水、电解质失衡,少尿,急性肾衰,透析失衡综合症;
- 6) 感染和脓毒血症;
- 7) 生物相容性过敏反应;
- 8) 低温;
- 9) 营养丢失;
- 10) 其它难以预料的情况或并发症。

上述不良情况严重者可出现循环呼吸衰竭而死亡,如出现上述不良情况,我们将尽力处理及抢救。

对以上医生所述的 (10) 点内容,患者/监护人/家属表示已知情和同意接受医生告知的此项检查的治疗。

患者 签 字:

患者监护人/家属 [REDACTED] 与患者关系: 姐妹

医 生 签 字: 罗进和

日 期: 2015 年 7 月 10 日 23 时

