

患者姓名: [redacted] 性别: 男 年龄: 29岁 住院号: [redacted]
委托人(患者本人或法定监护人): [redacted] 性别: 男 年龄: 29岁
有效证件号码: [redacted] 住址: [redacted]

受托人: [redacted] 性别: 男 年龄: 55 联系电话: [redacted]
有效证件号码: [redacted] 住址: [redacted]
与患者关系: 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☒ 其它近亲属 ☐ 同事 ☐ 朋友 ☐ 其它 ☐

本人于 2017.7.27 因病住院。本人郑重委托由 [redacted] 作为我的代理人, 代为行使住院期间的知情权和选择决定权。代理人的口头或书面的意思表示, 即为我本人意思表示, 相应法律后果由我本人承担。由于受托人未尽或迟延履行受托义务, 后果自负。

委托人签名: [redacted] (手印) 2017 年 7 月 27 日
受托人签名: [redacted] (手印) 2017 年 7 月 27 日

姓名: [redacted]
性别: 男 民族: 汉
出生: [redacted]
住址: [redacted]
公民身份号码: [redacted]



中华人民共和国 居民身份证

签发机关: [redacted]
有效期限: 2006.09.12-2026.09.12



江苏省人民医院
南京医科大学第一附属医院
输血/血液制品治疗知情同意书

患者姓名： 性别：男 年龄：29岁 住院号/就诊卡号：

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有 — ，根据病情，需要输注血液（全血或成分血）/血液制品治疗。输血治疗是保证临床治疗得以顺利进行的重要措施之一，亦是抢救急、危、重症患者生命的必要手段。

1. 患者基本情况：

☒ 无输血史 ☐ 有输血史： —

☐ 已做肝功能检查

☐ 已做输血前八项检查

2. 建议采取的输血方式：

☒ 异体输血 ☐ 自体输血

☐ 异体+自体输血 ☐ 其它： —

治疗潜在风险和对策：

在患者接受输血/血液制品治疗前，医护人员有义务向患者说明有关输血/血液制品治疗中可能存在的风险。我院为患者提供的血液/血液制品虽经过采供血机构按国家标准进行检测，但受到当前科技水平的限制，现有的检验手段不能够完全解决病毒感染的窗口期和潜伏期等问题。（窗口期是指机体被病毒感染后，到足以被检测出抗体的这段时期。潜伏期是指病原体侵入身体到最初出现症状和体征的这段时期。）因此输入经过检测合格的血液/血液制品，仍有可能发生经血/血液制品传播传染性疾病；同时，可能发生其它不良反应。

医生告知我，如下输血/血液制品治疗可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗方案根据不同患者的情况有所不同，医生告诉我：我及我的家属可与医生讨论有关治疗的具体内容和特殊问题，同时具有选择其它输血方式的权利。

1. 我理解输血/血液制品治疗都可能产生副作用，包括发热、皮疹等症状，严重的过敏性休克，甚至危及生命。

2. 我理解此治疗可能发生的风险：

1) 过敏反应；严重时可引起休克；

2) 发热反应；

3) 感染肝炎（乙肝、丙肝等）；

4) 感染艾滋病、梅毒；

5) 感染疟疾；



输血/血液制品治疗知情同意书

- 6) 巨细胞病毒或EB病毒感染;
- 7) 输血性溶血反应;
- 8) 其它输血不良反应及潜在血源感染;
- 9) 其它难以或无法预计的风险和并发症。

除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项, 如_____

3. 我理解输血/血液制品治疗的目的、必要性、风险及不遵医嘱的不良后果。一旦发生上述风险和意外情况, 医务人员会采取积极应对措施。

患者、患者监护人、委托代理人意见:

1. 有关输血/血液制品治疗的原因、必要性以及输血/血液制品治疗可能存在的风险性和不良反应, 医护人员已经向我们详细告知, 我们理解, 受医学科学技术条件局限, 在输血/血液制品过程中上述风险是难以完全避免的。

2. 我(☒ “同意” 或 ☐ “不同意”) 实施必要的输血/血液制品治疗并自主自愿承担可能出现的风险; 若在输血/血液制品治疗期间发生意外紧急情况, 接受贵院的必要处置。

3. 我知晓我具有选择输血方式的权利, 我同意选择 (☒ 1. 异体输血 ☐ 2. 自体输血 ☐ 3. 异体+自体输血 ☐ 4. 其它_____) 的输血方式。

4. 若本次住院期间再次需要输血, 我同意医生所选择的适合我病情的输血方式, 不要求医生再次履行知情同意手续。

患者签名_____

日期_____年_____月_____日

法定/委托代理人签名_____

与患者关系_____

日期_____年_____月_____日

医护人员陈述:

我已经告知患者、患者家属或患者的法定监护人、委托代理人有关输血/血液制品治疗的原因、必要性以及输血/血液制品治疗可能存在的风险性和不良反应, 并解答了关于输血/血液制品治疗相关的问题。

医生签名_____

日期 2017 年 2 月 27 日

江苏省人民医院
南京医科大学第一附属医院

连续性肾脏替代治疗知情同意书

江苏省人民医院
南京医科大学第一附属医院
连续性肾脏替代治疗知情同意书

患者姓名： 性别：男 年龄：29岁 住院号：

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 ，需要进行连续性肾脏替代治疗。

连续性肾脏替代治疗（continuous renal replacement therapy, CRRT）是通过连续、缓慢清除水分和溶质以替代受损肾脏功能的一种血液净化疗法。目前该治疗手段已在急慢性肾衰竭的重症患者和各种临床上常见危重病例的救治过程中广泛应用。应用连续性肾脏替代治疗的目的在于：

- 1、清除毒素，纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱；
- 2、为进一步的治疗创造条件。

与普通血液净化疗法相比，连续性肾脏替代治疗的突出优点体现如下：

- 1、稳定性好：对全身血流动力学影响小，可清除大量液体而保持最小的血流动力学变化；
- 2、连续性：一日24小时中能连续恒定地维持、调节水、电解质酸碱平衡，模拟生理肾的滤过，为临床进行高能营养治疗提供可能性；
- 3、弥散和对流可同时进行，尿毒症的中、小分子量毒素同时得到清除，而血渗透压变化小；
- 4、方便：可在危重患者床边进行。

目前在连续性肾脏替代治疗过程中，我们多采用CVVH（连续性静脉-静脉血液滤过）或CVVHDF（连续性静脉-静脉血液透析滤过）的方式，即采用中心静脉留置双腔导管作为血管通路进行治疗，其优点在于对血流动力学影响更小，而且方便操作。

治疗潜在风险和对策

医生告知我如下膀胱部分切除术可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果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. 我理解此治疗手段可能出现的风险和医生：

- 1) 治疗过程中因抗凝导致出血或加重原有出血倾向，发生脑出血、消化道出血、穿刺或手术部位出血等；
- 2) 该项治疗可能影响心血管系统稳定性，导致血压下降，心律失常，加重原有心脏病；
- 3) 可能会并发感染或原有感染播散；
- 4) 我可能会出现对透析器的过敏反应；
- 5) 个别患者会出现肌肉痉挛，头痛，严重者癫痫发作；
- 6) 治疗过程中可能出现管路及滤器凝血，造成失血；

连续性肾脏替代治疗知情同意书

7) 可能导致肿瘤播散;

8) 治疗过程中可能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、血液系统疾病、出凝血功能障碍、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. 我理解治疗后如果我的体位不当或不遵医嘱的不良后果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

—

—

—

一旦发生上述风险和意外情况, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择 (请你打“√”选择)

☒ 我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、替代性医疗方案及其利弊并且解答了我关于此次手术的相关问题。

☒ 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

☒ 我理解我的手术需要多位医生共同进行。

☒ 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

☒ 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名 _____ 同意 ☒ 不同意 ☐

法定/委托代理人签名 _____ 同意 ☒ 不同意 ☐

签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

与患者关系 _____



医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗的方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、替代性医疗方案及其利弊并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

2017 7 28

患者姓名： 性别：男 年龄：29岁 住院号：

疾病介绍和治疗建议

医生已告知患者有呼吸衰竭，需要进行气管插管和机械通气。

机械通气的目的：改善呼吸功能，维持生命体征，为解除诱发加重因素争取时间。

手术潜在风险和对策：

医生告知患者气管插管和机械通气可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的操作根据不同病人的情况有所不同，医生已告知患者及家属可与患者的医生讨论有关患者操作的具体内容，如果有特殊的问题可与患者的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 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。

3. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策：

气管插管：

- 1) 刺激迷走神经引起呼吸心跳骤停；
- 2) 口腔局部损伤和牙齿脱落；
- 3) 咽部感染、喉头水肿及声带损伤；
- 4) 气管软骨脱位；
- 5) 误吸、肺部感染和肺不张；
- 6) 粘液栓、痰栓等引起急性气道阻塞；
- 7) 误入食道；
- 8) 插管失败；

机械通气：

- 1) 呼吸机诱发的肺损伤，相关性肺部感染；
- 2) 患者不能脱离呼吸机，呼吸机依赖；
- 3) 血流动力学不稳定，血压下降，心律失常，心功能衰竭等循环功能障碍；
- 4) 患者与呼吸机不同步，致呼吸困难，呼吸功能衰竭继续加重；
- 5) 病人需要约束治疗；
- 6) 皮下气肿、纵膈气肿和气胸等；氧中毒；
- 7) 气管食管瘘；

4. 我理解如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，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。



气管插管和机械通气知情同意书

5. 如果患者的体位不当或不遵医嘱, 可能影响操作效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我的病情, 可能出现以下特殊的并发症或风险:

—
—
—

一旦发生上述风险和意外情况, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择 (请你打“√”选择)

☐ 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、替代性医疗方案及其利弊并且解答了我关于此次操作的相关问题。

☐ 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

☐ 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

☐ 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

☐ 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名 _____ 同意 ☐ 不同意 ☐ 签名日期 _____

法定/委托代理人签名 _____ 同意 ☒ 不同意 ☐ 与患者关系 — _____

签名日期 2017.7.28

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、替代性医疗方案及其利弊并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 _____

签名日期 _____



气管插管和机械通气知情同意书

5. 如果患者的体位不当或不遵医嘱, 可能影响操作效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我的病情, 可能出现以下特殊的并发症或风险:

—
—
—

一旦发生上述风险和意外情况, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择 (请你打“√”选择)

☐ 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、替代性医疗方案及其利弊并且解答了我关于此次操作的相关问题。

☐ 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

☐ 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

☐ 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

☐ 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名 _____ 同意 ☐ 不同意 ☐ 签名日期 _____

法定/委托代理人签名 _____ 同意 ☒ 不同意 ☐ 与患者关系 — _____

签名日期 2017.7.28

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、替代性医疗方案及其利弊并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 _____

签名日期 _____



深静脉置管术知情同意书

- 5) 周围组织、神经损伤：声音嘶哑、穿刺侧颈部、胸部、上肢部疼痛和乏力、麻木、活动障碍、霍纳氏综合症（穿刺侧瞳孔缩小，脸裂缩小，上眼睑轻度下垂，眼球后陷，同侧面部皮肤血管扩张并无汗）等；
- 6) 空气栓塞：可影响呼吸，导致心血管衰竭、神经系统后遗症、肺栓塞，甚至死亡等；
- 7) 血栓形成：可造成血管栓塞、静脉炎、导管堵塞等；
- 8) 穿刺中或穿刺后可进入胸腔、纵隔、心包、心脏、淋巴管、腋静脉、颈内静脉颅内部分等，出现气胸、血胸、胸腔积液、纵隔积液、心包积液、心脏穿孔、淋巴漏等；
- 9) 穿刺及置管失败；
- 10) 渗液、渗血，出血量大时可出现休克甚至危及生命；
- 11) 导管折叠、折断、遗留、堵塞、滑脱等；
- 12) 上述并发症发生后有可能需要拔除导管后再次置管，也可以导致本人身体器官严重障碍，甚至留下终身残疾，严重的还可能危及生命。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

—
—
—

一旦发生上述风险和意外情况，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择（请你打“√”选择）

- ☒ 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、替代性医疗方案及其利弊并且解答了我关于此次操作的相关问题。
- ☒ 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- ☒ 我理解我的操作需要多位护士共同进行。
- ☒ 我并未得到操作百分之百成功的许诺。



患者签名 _____ 同意 ☐ 不同意 ☐ 签名日期 _____

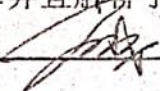
法定/委托代理人签名 _____ 同意 ☒ 不同意 ☐ 与患者关系 _____

签名日期 _____

南京医科大学第一附属医院
深静脉置管术知情同意书

方案及其利弊并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名



签名日期



患者姓名： 性别：男 年龄：29岁 住院号：

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我的气管患有 肺水肿，需要在全麻下进行 纤维支气管镜检查手术。

硬质气管镜手术是诊治气道内疾病最有效的技术之一。近年来，随着电视硬质气管镜的兴起，其图像更加清晰，也便于保存。现代硬质镜除能保持气道通畅外，在操作端还有侧孔与呼吸机相连，并有许多介入通道，便于软性支气管镜及其它器械进入气道内，大大拓宽了其应用范围，可在直视下进行热消融、冷冻、放置内支架和取异物等操作，是现代介入肺病学的主要工具。硬质气管镜操作应当在全身麻醉下进行，使用高通气频率的喷射通气可以很好的进行内镜操作。其主要适应证为大气道管内或管壁病变、气道异物、气道狭窄等。气道内异物是硬质气管镜的最佳适应症；窄蒂的良性肿瘤内镜下切除一般复发率低，是很好的适应证；对于大气道内的宽蒂的良性肿瘤、低度恶性肿瘤或可切除的恶性肿瘤，清除腔内肿瘤后再进行气管插管，气道环形切除端端吻合、隆突成形或各种支气管袖式切除，可有效的保证手术安全，降低麻醉风险；不能切除的恶性肿瘤、恶性肿瘤复发或外压性病变，治疗原则就是恢复气道的通畅，改善患者的症状。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下内科胸腔镜手术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 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。

3. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策：

- 1) 麻醉意外；
- 2) 术中心脑血管意外，可致死亡；
- 3) 术中大出血、休克、植物人，甚至死亡；
- 4) 术中损伤周围组织，重要神经、血管、脏器；
- 5) 术中根据具体病情改变手术方式；
- 6) 肿瘤或病变难以切除放弃手术或中转开胸；
- 7) 术后心脑血管意外，可致死亡；
- 8) 术后出血，可致死亡；
- 9) 术后复发、转移；
- 10) 术后伤口感染，伤口愈合不良；



硬质气管镜手术知情同意书

- 11) 术后多器官功能衰竭（包括急性肾功能衰竭及DIC等）；
- 12) 术后呼吸功能衰竭，需气管插管或气管切开，长期机械通气，呼吸机依赖；
- 13) 术后心律失常、心功能衰竭、心绞痛、心肌梗死；
- 14) 术后气胸、血胸、脓胸、乳糜胸，需长期带管或再次手术；
- 15) 肺炎、肺不张，急性呼吸窘迫综合征；
- 16) 术后局部皮肤麻木、疼痛、皮肤感觉消失；
- 17) 单侧喉返神经损伤，术后声音嘶哑，术后呛咳；
- 18) 双侧喉返神经损伤，术后呼吸困难、窒息；
- 19) 急性肺栓塞；
- 20) 下肢静脉血栓；
- 21) 脑卒中；
- 22) 牙齿脱落、出血；
- 23) 置镜困难，终止手术；
- 24) 声带损伤，环杓关节脱位、下颌脱位；术后喉头水肿，气管支气管损伤；
- 25) 术前病理为良性，但术中或术后病理提示为恶性，需中转开胸手术切除或二次手术或术后辅助放疗；
- 26) 术中严重缺氧、窒息；
- 27) 术中术后心律失常；
- 28) 术后复发，需反复治疗；
- 29) 支架损坏、移位，需再次手术取出或调整；
- 30) 术后支架刺激性咳嗽，需手术取出；
- 31) 术后肉芽组织生长或瘢痕狭窄，需再次手术处理；
- 32) 术后仍存在严重的呼吸困难；
- 33) 其它难以或无法预计的意外（如褥疮、泌尿系感染等）；
- 43) 除上述情况外，该患者行硬质气管镜手术可能发生的其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项，如：



4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

—
—
—

一旦发生上述风险和意外情况，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择（请你打“√”选择）

☒ 我的医生已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、替代性医

疗方案并且解答了我关于此次手术的相关问题。

☒ 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。

☒ 我理解我的手术需要多位医生共同进行。

☒ 我并未得到手术百分之百成功的许诺。

☒ 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名 _____ 同意 ☐ 不同意 ☐

签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

法定/委托代理人签名 _____ 同意 ☒ 不同意 ☐

与患者关系 _____

签名日期 2017 年 8 月 2 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、替代性医疗方案及其利弊并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 _____

签名日期 2017 年 08 月 2 日

