

南昌大学第一附属医院  
授 权 委 托 书

姓名: [REDACTED] 性别:女 年龄:18岁 科别:消化内科 床号: 005 住院号:D0654287

委托人(患者): [REDACTED]

性别:女 年龄:18岁 职业:其他

住址: [REDACTED]

受托人 [REDACTED] 系委托人的 母亲

性别: 女 年龄: 40 岁 职业: — 联系电话: [REDACTED]

住址: —

本人现因病于2014年12月09日起, 就诊于南昌大学第一附属医院, 为便于医患双方的合作, 有利于治疗的顺利进行, 特授权受托人在本人治疗过程中, 接受如下信息及签收相关文书和资料, 并一句有利于委托人的原则作出相应处理。

1、疾病情况及相关疾病告知文书

2、医疗措施和特殊检查的情况及文书

3、医疗风险情况及告知文书

[REDACTED]  
委托人:

2014年 12月 9 日

## 南昌大学第一附属医院 住院病人须知

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 18岁 科别: 消化内科 床号: 005 住院号: D0654287

尊敬的患者及家属:

您好! 感谢您选择到我院就医, 我们会尽力为您提供优质的医疗服务, 并请您对我们的服务随时提出宝贵意见和建议。

医院是具有公益性质的机构, 担负着为广大患者提供医疗服务的责任, 为使您和其他患者以及医务人员的合法权益得到保障, 维护医院正常诊疗工作秩序, 在您住院后, 请自觉遵守下列规定:

1. 您应向医务人员讲尽如实地提供您的健康情况, 包括患过疾病及诊治经过、药物过敏史及近期是否到过传染病疫区等。
  2. 就诊时应当使用真实姓名, 如果不使用真实姓名, 您就放弃了真实姓名的权益, 将由您自行承担由此引发的不良后果。
  3. 根据法律规定, 在医疗活动中如需要进行特殊检查、特殊治疗、手术、实验性医疗等情况时, 应当由您或您的代理人签署同意书。请您慎重考虑, 认真签署知情同意书等规范文书。这些文书一经双方自愿签署, 就具有了相应法律效应。
  4. 您应遵从医师的医嘱并配合治疗, 按时足额缴纳医药费用。
  5. 当您身体出现不适情况及生活需要护士帮助时, 请随时使用床头呼叫器呼叫医务人员, 我们将及时为您提供医疗、护理服务。
  6. 查房、治疗时间请您不要离开病房, 住院期间未经医师同意请不要擅自离院及外宿, 以免发生意外, 请假期间及擅自离院者, 如发生病情变化或出现意外, 一切后果自负。
  7. 住院期间未经主管医师及医院同意不得到院外就医、购药及私自采取其他治疗手段。
  8. 严禁在病区、病室内吸烟和使用电炉、酒精炉、煤油炉, 不能在病室内玩扑克、大声喧哗及从事其它娱乐活动。
  9. 患者的现金、证件等贵重物品, 请自行妥善保管或请家属带回保管。
  10. 我院是公共医疗服务场所, 根据有关消防建筑的禁止性规定, 医院病区、诊区房屋不允许安装铁栏杆或防盗网, 如藉此情况发生的人员坠楼事故, 我院不承担法律责任。
  11. 您在发生医疗纠纷时应保持理智、冷静, 按照法律规定程序处理, 可与医院协商解决, 或申请卫生行政部门调解, 或向医学会申请鉴定, 或向人民法院提起诉讼, 但绝不能扰乱正常医疗秩序, 更不能打骂医务人员和损坏医院公共设施和财物。
  12. 我院在住院大楼一楼均提供住院费用电子查询服务, 同时提供每日清单, 如有需要可到所在科室护士站申请打印。
  13. 由于监护人失职所造成老人、婴幼儿及无行为能力患者跌倒、坠床、丢失等非医疗损害, 患者监护人承担全部责任。
  14. 保持病房内外整洁、安静, 陪客、探视者不得坐或睡在病人床上。请不要在挂行外等公共区域或院内空旷地带晾晒衣物。
  15. 我院新外科大楼实行门禁系统管理, 门禁时间: 7:30-12:00, 期间谢绝探视; 探视时间: 12:00-21:00, 为保护儿童健康, 请尽量不带小孩进入病房, 以免院内感染; 陪客实行陪客证管理, 由主治医生开医嘱, 护士长发放陪客证。
- 违反上述规定引发的一切后果, 需由您自行承担责任。
- 感谢您及家人对我们工作的支持与合作, 祝您早日康复!
- 以上须知内容, 我及家属已阅读清楚并理解。

患者签名: [REDACTED]

签名日期: 2014年1月9日

家属签名: [REDACTED]

与患者关系: [REDACTED] 签名日期: 2014年1月9日

## 南昌大学第一附属医院 入住重症监护病房（ICU）知情同意书

姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：18岁 科别：重症医学科 床号：03 住院号：D0654287

身份证号码：[REDACTED]

### 疾病介绍和治疗建议：

医生已告知目前患者病情危重，需进入重症监护病房（ICU）进行抢救或密切监护。医护人员将根据病人的病情需要进行抢救治疗，在抢救过程中可能需要进行一些有创或有潜在危险的诊疗项目，包括：气管插管、机械通气治疗；纤维支气管镜检查及治疗；动、静脉穿刺置管及有创监测；Swan-Ganz导管或PICCO导管血流动力学监测；持续镇静镇痛治疗等。

### 有创操作的潜在风险：

医生告知我如下有创操作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，具体的操作方式根据不同病人的情况略有不同。医生告诉我及家属操作的具体内容，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. 我理解有创操作可能发生的风险和医生的对策。

### 一、气管插管及机械通气治疗可能引起的意外与并发症：

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. 嵌入食道；8. 插管失败；9. 呼吸机相关性肺损伤，肺部感染；10. 呼吸机依赖；11. 循环功能障碍；12. 呼吸功能衰竭继续加重；13. 病人需要约束治疗；14. 气胸、皮下气肿、纵隔气肿；15. 气管食管瘘；16. 其他不可预见的意外。

### 二、纤维支气管镜检查及治疗可能引起的意外与并发症：

1. 麻醉意外；2. 喉头水肿，痉挛，窒息；3. 咯血；4. 肺部感染扩散；5. 支气管痉挛，呼吸暂停；6. 气胸；7. 加重缺氧；8. 严重心律失常，心跳骤停；9. 血压升高，脑血管意外；10. 气管插管意外脱出；11. 其他。

### 三、动脉穿刺置管及有创动脉压监测可能引起的意外与并发症：

1. 麻醉意外；2. 出血，局部血肿；3. 感染；4. 血栓形成；5. 神经损伤；6. 动脉供血区缺血致局部坏死；7. 操作失败；8. 其他。

### 四、深静脉穿刺置管、有创静脉压监测及Swan-Ganz导管或PICCO导管血流动力学监测可能引起的意外与并发症：

1. 麻醉意外；2. 出血，局部血肿；3. 血栓，气胸或淋巴漏；4. 局部感染或败血症；5. 血栓形成及血管栓塞；6. 心律失常；7. 导管堵塞，滑脱；8. 操作失败；9. 其他。

### 五、持续镇静镇痛治疗可能引起的意外与并发症：

1. 呼吸道抑制；2. 恶心呕吐；3. 喘息不全；4. 苏醒延迟；5. 常反；6. 其他。

### 特殊风险或主要高危因素：

南昌大学第一附属医院  
入住重症监护病房（ICU）知情同意书

姓名：[REDACTED] 性别：女 年龄：18岁 科别：重症医学科 床号：03 住院号：D0654287

身份证号码：[REDACTED]

我理解根据我个人的病情，我可能出现其它不可预料的风险，一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择：

- 医生已告知我要进行的有创操作方式、此次有创操作过程中及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法，并且向我解答了此次有创操作的相关问题。
- 我同意在有创操作中医生可以根据我的病情对预定的有创操作方案做出调整。
- 我理解我的有创操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到有创操作百分之百成功的许诺。
- 我 [REDACTED]（“同意”或“不同意”）进入ICU病房进行治疗。

患者签名：[REDACTED]

签名日期：二〇一四年一月一〇日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名：[REDACTED] 与患者关系：[REDACTED] 签名日期：二〇一四年一月一〇日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的检查/治疗方式、此次检查/治疗及检查/治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次检查/治疗的相关问题。

医生签名：[REDACTED] 签名日期：二〇一四年一月一〇日

主治医生签名：[REDACTED]

签名日期：二〇一四年一月一〇日