

昆明医科大学第二附属医院 特殊检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 64岁 住院号: [REDACTED] 登记号: [REDACTED] 日期: 2018-10-23

科室: 急诊内科门诊 床号: [REDACTED] 诊断: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议:

患者目前诊断为急性药物中毒, 需行血液灌流治疗。

检查存在风险和对策:

血液灌流治疗中可能出现的并发症主要有:

1. 吸附剂生物不相容, 可能出现寒战、发热、胸闷、呼吸困难、白细胞或血小板一过性下降, 甚至引起呼吸、心跳骤停;
2. 吸附颗粒栓塞, 出现进行性呼吸困难、胸闷、血压下降等, 甚至危及生命;
3. 治疗过程中血液灌流器及管路凝血, 需要重新更换;
4. 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及心包填塞等;
5. 治疗过程中可能发生溶血、高血钾、灌流器破膜、灌流器膜反应等;
6. 影响心血管系统稳定性, 导致血压下降, 血压升高, 心肌缺血, 心律失常, 心力衰竭甚至心跳骤停;
7. 因为体外循环治疗, 有感染血源传播性疾病的风险, 如乙肝、丙肝、艾滋病等;
8. 各种血管通路均有导致感染发生、血栓形成及出血、空气栓塞的可能;
9. 治疗过程中可能因患者无法耐受而中止治疗;
10. 出现其它可能发生无法预料或者不能防范的并发症等。

患者及(或)其家属已理解所告知的医疗风险, 同意并要求行血液灌流治疗, 并对在治疗过程中发生上述并发症而导致出现伤害, 甚至死亡等严重后果表示理解并接受。一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。在此期间产生的相应费用需另行计算。患者方应向我方支付各种相关医疗费用。

医生陈述:

我已告知患者将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

操作医师签名:

签署日期: 2018年10月23日 18时25分

经治医师签名: 卢颖



患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的检查或治疗方式、此次检查或治疗及检查或治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他检查治疗方法并且解答了我关于此次检查治疗的相关问题。我同意将要进行的检查或治疗方式并同意在检查治疗中医师可以根据病情对预定的检查治疗方式作出调整。我授权医师对检查或治疗切除的病变器官、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。我理解我的检查或治疗需要多位医师共同进行。我并未得到检查百分之百成功的承诺。

患者签名:

如果患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签名:

与患者关系:

签署日期: 2018年10月23日 18时25分

血浆置换特殊检查知情同意书

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 7岁	住院号: [REDACTED]	登记号: [REDACTED]	日期: 2018-10-23
科室: 急诊内科门诊		床号: [REDACTED]	诊断: [REDACTED]		

疾病介绍和治疗建议:

医师已告知我目前诊断: 急性中草药中毒, 需行血浆置换治疗。

医师已告知我目前诊断: 急性中草药中毒需行血浆置换治疗。

检查存在风险和对策:

血浆置换治疗过程中可能出现的并发症主要有:

1. 过敏和变态反应: 如皮疹, 皮肤瘙痒, 畏寒, 高热, 严重者出现过敏性休克;
2. 血压波动, 如高血压, 低血压, 头痛, 头晕, 心悸等;
3. 溶血及其所致高钾血症;
4. 严重感染, 高热, 寒战;
5. 血源性疾病如乙型肝炎, 丙型肝炎, 人类免疫缺陷性疾病传播;
6. 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及心包填塞等;
7. 各种血管通路均有发生感染, 血栓形成及出血, 空气栓塞的可能; 治疗过程中管路凝血, 需要重新更换;
8. 治疗过程中可能因患者无法耐受而必须中断治疗;
9. 出现其它可能发生无法预料或者不能防范的并发症等。

患者或其家属已理解所告知的医疗风险, 同意并要求行血浆置换治疗。

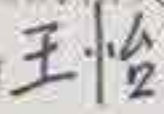
并对在治疗过程中发生上述并发症而导致出现伤害, 甚至死亡等严重后果表示理解并接受。一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。在此期间产生的相应费用需另行计算。患者方应向我方支付各种相关医疗费用。血浆置换治疗过程中可能出现的并发症主要有:

1. 过敏和变态反应: 如皮疹, 皮肤瘙痒, 畏寒, 高热, 严重者出现过敏性休克;
2. 血压波动, 如高血压, 低血压, 头痛, 头晕, 心悸等;
3. 溶血及其所致高钾血症;
4. 严重感染, 高热, 寒战;
5. 血源性疾病如乙型肝炎, 丙型肝炎, 人类免疫缺陷性疾病传播;
6. 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及心包填塞等;
7. 各种血管通路均有发生感染, 血栓形成及出血, 空气栓塞的可能; 治疗过程中管路凝血, 需要重新更换;
8. 治疗过程中可能因患者无法耐受而必须中断治疗;
9. 出现其它可能发生无法预料或者不能防范的并发症等。

患者或其家属已理解所告知的医疗风险, 同意并要求行血浆置换治疗。

并对在治疗过程中发生上述并发症而导致出现伤害, 甚至死亡等严重后果表示理解并接受。一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。在此期间产生的相应费用需另行计算。患者方应向我方支付各种相关医疗费用。

昆明医科大学第二附属医院
血浆置换特殊检查知情同意书

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 7岁	住院号:	登记号: [REDACTED]	日期: 2018-10-23
医生陈述:					
<p>我已告知患者将要进行的检查方式, 此次检查及检查后可能发生的并发症和危险, 可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。</p>					
操作医师签名: 王怡 					
签署日期: 2018年10月23日 18时22分					
患者知情选择:					
<p>医师已经告知我将要进行的检查或治疗方式, 此次检查或治疗及检查或治疗后可能发生的并发症和危险, 可能存在的其他检查治疗方法并且解答了我关于此次检查治疗的相关问题。我同意将要进行的检查或治疗方式并同意在检查治疗中医师可以根据病情对预定的检查治疗方式作出调整。我授权医师对检查或治疗的病变器官、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。我理解我的检查或治疗需要多位医师共同进行。我并未得到检查百分之百成功的许诺。</p>					
患者签名: [REDACTED]					
如果患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]					
与患者关系: 母亲					
签署日期: 2018年10月23日 18时22分					

昆明医科大学第二附属医院 特殊检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 60岁 住院号: [REDACTED] 登记号: [REDACTED] 日期: 2018-10-23
 科室: 急诊内科门诊 床号: [REDACTED] 诊断: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议:

患者目前诊断为急性草药中毒, 需行血液灌流治疗。

检查存在风险和对策:

血液灌流治疗中可能出现的并发症主要有:

- 1、吸附剂生物不相容, 可能出现寒战、发热、胸闷、呼吸困难、白细胞或血小板一过性下降, 甚至引起呼吸、心跳骤停;
- 2、吸附颗粒栓塞, 出现进行性呼吸困难、胸闷、血压下降等, 甚至危及生命;
- 3、治疗过程中血液灌流器及管路凝血, 需要重新更换;
- 4、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及心包填塞等;
- 5、治疗过程中可能发生溶血、高血钾、灌流器破膜、灌流器膜反应等;
- 6、影响心血管系统稳定性, 导致血压下降, 血压升高, 心肌缺血, 心律失常, 心力衰竭甚至心跳骤停;
- 7、因为体外循环治疗, 有感染血源传播性疾病的风险, 如乙肝、丙肝、艾滋病等;
- 8、各种血管通路均有导致感染发生、血栓形成及出血、空气栓塞的可能;
- 9、治疗过程中可能因患者无法耐受而中止治疗;
- 10、出现其它可能发生无法预料或者不能防范的并发症等。

患者及(或)其家属已理解所告知的医疗风险, 同意并要求行血液灌流治疗。并对在治疗过程中发生上述并发症而导致出现伤害, 甚至死亡等严重后果表示理解并接受。一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。在此期间产生的相应费用需另行计算。患者方应向我方支付各种相关医疗费用。

医生陈述:

我已告知患者将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和因治疗可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

操作医师签名: 李芳

主治医师签名: 李芳

签署日期: 2018年10月23日 18时20分

患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的检查或治疗方式、此次检查或治疗及检查或治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他检查治疗方法并且解答了我关于此次检查治疗的相关问题。我同意将要进行的检查或治疗方式并同意在检查治疗中医师可以根据病情对预定的检查治疗方式作出调整。我授权医师对检查或治疗的病变器官、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。我理解我的检查或治疗需要多位医师共同进行。我并未得到检查百分之百成功的许诺。

如果患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签名:

患者签名:

与患者关系: 母女

签署日期:

2018年10月23日 18时20分

血液灌流术特殊检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 36岁 住院号: [REDACTED] 登记号: [REDACTED] 日期: 2018-10-23

述并发症而导致出现伤害,甚至死亡等严重后果表示理解并接受。一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。在此期间产生的相应费用需另行计算。患者方应向我方支付各种相关医疗费用。

血液灌流治疗中可能出现的并发症主要有:

1. 吸附剂生物不相容,可能出现寒战、发热、胸闷、呼吸困难、白细胞或血小板一过性下降,甚至引起呼吸、心跳骤停;
2. 吸附颗粒栓塞,出现进行性呼吸困难、胸闷、血压下降等,甚至危及生命;
3. 治疗过程中血液灌流器及管路凝血,需要重新更换;
4. 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及心包填塞等;
5. 治疗过程中可能发生溶血、高血钾、灌流器破膜、灌流器膜反应等;
6. 影响心血管系统稳定性,导致血压下降,血压升高,心肌缺血,心律失常,心力衰竭甚至心跳骤停;
7. 因为体外循环治疗,有感染血源传播性疾病的风险,如乙肝、丙肝、艾滋病等;
8. 各种血管通路均有导致感染发生、血栓形成及出血、空气栓塞的可能;
9. 治疗过程中可能因患者无法耐受而中止治疗;
10. 出现其它可能发生无法预料或者不能防范的并发症等。

患者及(或)其家属已理解所告知的医疗风险,同意并要求行血液灌流治疗。并对在治疗过程中发生上述并发症而导致出现伤害,甚至死亡等严重后果表示理解并接受。一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。在此期间产生的相应费用需另行计算。患者方应向我方支付各种相关医疗费用。

血液灌流治疗中可能出现的并发症主要有:

1. 吸附剂生物不相容,可能出现寒战、发热、胸闷、呼吸困难、白细胞或血小板一过性下降,甚至引起呼吸、心跳骤停;
2. 吸附颗粒栓塞,出现进行性呼吸困难、胸闷、血压下降等,甚至危及生命;
3. 治疗过程中血液灌流器及管路凝血,需要重新更换;
4. 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及心包填塞等;
5. 治疗过程中可能发生溶血、高血钾、灌流器破膜、灌流器膜反应等;
6. 影响心血管系统稳定性,导致血压下降,血压升高,心肌缺血,心律失常,心力衰竭甚至心跳骤停;
7. 因为体外循环治疗,有感染血源传播性疾病的风险,如乙肝、丙肝、艾滋病等;
8. 各种血管通路均有导致感染发生、血栓形成及出血、空气栓塞的可能;
9. 治疗过程中可能因患者无法耐受而中止治疗;
10. 出现其它可能发生无法预料或者不能防范的并发症等。

患者及(或)其家属已理解所告知的医疗风险,同意并要求行血液灌流治疗。并对在治疗过程中发生上述并发症而导致出现伤害,甚至死亡等严重后果表示理解并接受。一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。在此期间产生的相应费用需另行计算。患者方应向我方支付各种相关医疗费用。

昆明医科大学第二附属医院

血液灌流术特殊检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 36岁 住院号: [REDACTED] 登记号: [REDACTED] 日期: 2018-10-23

医生陈述:

我已告知患者将要进行的检查方式,此次检查及检查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解答了患者关于此次检查的相关问题。

操作医师签名:

经治医师签名:

签署日期: 2018年 10月 23日 18时 25分

患者知情选择:

医师已经告知我将要进行的检查或治疗方式,此次检查或治疗及检查或治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他检查治疗方法并且解答了我关于此次检查治疗的相关问题。我同意将要进行的检查或治疗方式并同意在检查治疗中医师可以根据病情对预定的检查治疗方式作出调整。我授权医师对检查或切除的病变器官、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。我理解我的检查或治疗需要多位医师共同进行。我并未得到检查百分之百成功的许诺。

患者签名:

如果患者无法签署,请其授权委托人或法定监护人签名:

与患者关系

签署日期:

2018年 10月 23日 18时 25分

