

中国医学科学院血液病医院

临床检查知情同意书

姓名

性别:女

年龄:1岁

病案号:

检查名称: 静脉采血

根据患者目前的病情,需静脉采血进行临床诊断相关的检查。通常情况下,静脉采血不存在风险,但由于个体差异,并不能完全杜绝不良后果:

有些患者会出现出血、堵管和其他情况,如: 1) 局部或全身感染: 穿刺点发生红、肿、热、痛,发热、寒战等; 2) 损伤血管神经等并发症; 3) 由各种原因导致的穿刺失败,可能需要再次穿刺; 4) 其他不能预料的意外情况。

此外,该标本在做完相应的诊断性检查后,废弃标本可能用于某些血液病相关的医学研究,这些研究不会对您的诊断、治疗造成影响,但会有助于医学的发展。如果废弃标本用于研究,医院不会向您收取研究相关费用,我们也将对您的个人信息严格保密。

我已充分向患者(患者近亲属或代理人)交代相应检查事宜。采血过程中如发生不良反应,医务人员将按医疗原则积极予以治疗。

医师签名: 张丽

日期: 2018年06月07日

本人系患者(或患者近亲属),患者因患病情需要,需行上述检查。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查,愿意承担相应的风险和后果。并授权医师对检查标本进行合理的医学处理(包括用于医学研究)。

签署意见:(划“√”选择签署意见,若“不同意”必须写明原因)

同意: ( ☒ )

不同意: ( )

患者签名:

患者近亲属签名:

与患者的关系:

日期: 2018年06月07日

# 中国医学科学院血液病医院

## 临床检查知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄: 1岁

病案号: [REDACTED]

根据患者目前的病情, 需要进行 骨髓穿刺/活检 检查。经治医师已针对患者病情, 向患者说明该检查的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异, 在现有医学科学技术的条件下, 施行该检查可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。此外, 该标本在做完相应的诊断性检查后, 废弃标本可能用于某些血液病相关的医学基础科学研究, 这些研究不会对您的诊断、治疗造成影响, 但会有助于医学的发展。如果废弃标本用于研究, 医院不会向您收取研究相关费用, 我们也将对您的个人信息严格保密。

该检查可能存在以下并发症风险和局限性:

- 1) 局部或全身感染: 穿刺点发生红、肿、热、痛, 发热、寒战等;
- 2) 局麻药过敏, 药物毒性反应;
- 3) 穿刺部位局部出血血肿;
- 4) 心血管症状: 穿刺期间可能发生血压波动、脑血管意外、心律失常等;
- 5) 由各种原因导致的穿刺失败, 可能需要再次穿刺;
- 6) 术中、术后出血、渗液、渗血, 损伤神经、动脉、静脉, 致出血、血肿形成;
- 7) 穿刺针折断;
- 8) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项:

经治医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交代相应检查事宜。若发生上述并发症或非预期情况, 医务人员将按医疗原则积极予以治疗, 但仍可能产生不良后果。是否同意检查, 请书面表明意愿并签字。

医师签名: 张丽

日期: 2018年06月07日

本人系患者(或患者近亲属), 患者因患病需要, 需行 骨髓穿刺/活检 检查。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果, 本人已充分理解, 同意接受此检查, 愿意承担相应的风险和后果。并授权医师对检查标本进行合理的医学处理(包括用于医学研究)。

签署意见: (划“√”选择签署意见, 若“不同意”必须写明原因)

同意: ( ☒ )

不同意: ( ☐ )

患者签名: [REDACTED]

患者近亲属签名: [REDACTED]

与患者的关系: [REDACTED]

日期: 2018年06月07日

中国医学科学院血液病医院

临床检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 1岁 病案号: [REDACTED]

检查名称: 静脉采血

根据患者目前的病情,需静脉采血进行临床诊断相关的检查。通常情况下,静脉采血不存在风险,但由于个体差异,并不能完全杜绝不良后果:

有些患者会出现出血、堵管和其他情况,如: 1) 局部或全身感染: 穿刺点发生红、肿、热、痛,发热、寒战等; 2) 损伤血管神经等并发症; 3) 由各种原因导致的穿刺失败,可能需要再次穿刺; 4) 其他不能预料的意外情况。

此外,该标本在做完相应的诊断性检查后,废弃标本可能用于某些血液病相关的医学研究,这些研究不会对您的诊断、治疗造成影响,但会有助于医学的发展。如果废弃标本用于研究,医院不会向您收取研究相关费用,我们也将对您的个人信息严格保密。

我已充分向患者(患者近亲属或代理人)交代相应检查事宜。采血过程中如发生不良反应,医务人员将按医疗原则积极予以治疗。

医师签名: [REDACTED]

日期: 2019年11月20日

本人系患者(或患者近亲属),患者因患病情需要,需行上述检查。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查,愿意承担相应的风险和后果。并授权医师对检查标本进行合理的医学处理(包括用于医学研究)。

签署意见: (划“√”选择签署意见,若“不同意”必须写明原因)

同意: ( ☒ )

不同意: ( )

患者签名: [REDACTED]

患者近亲属签名: [REDACTED]

与患者的关系: 母女

日期: 2019年11月20日



# 中国医学科学院血液病医院

## 临床检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 1岁 病案号: [REDACTED]

根据患者目前的病情,需要进行 骨髓穿刺/活检 检查。经治医师已针对患者病情,向患者说明该检查的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。此外,该标本在做完相应的诊断性检查后,废弃标本可能用于某些血液病相关的医学基础科学研究,这些研究不会对您的诊断、治疗造成影响,但会有助于医学的发展。如果废弃标本用于研究,医院不会向您收取研究相关费用,我们也将对您的个人信息严格保密。

该检查可能存在以下并发症风险和局限性:

- 1) 局部或全身感染: 穿刺点发生红、肿、热、痛,发热、寒战等;
- 2) 局麻药过敏,药物毒性反应;
- 3) 穿刺部位局部出血血肿;
- 4) 心血管症状: 穿刺期间可能发生血压波动、脑血管意外、心律失常等;
- 5) 由各种原因导致的穿刺失败,可能需要再次穿刺;
- 6) 术中、术后出血、渗液、渗血,损伤神经、动脉、静脉,致出血、血肿形成;
- 7) 穿刺针折断;
- 8) 除上述情况外,本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项:

经治医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交代相应检查事宜。若发生上述并发症或非预期情况,医务人员将按医疗原则积极予以治疗,但仍可能产生不良后果。是否同意检查,请书面表明意愿并签字。

医师签名: [REDACTED]  
日期: 2019年11月20日

本人系患者(或患者近亲属),患者因患病需要,需行 骨髓穿刺/活检 检查。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查,愿意承担相应的风险和后果。并授权医师对检查标本进行合理的医学处理(包括用于医学研究)。

签署意见: (划“√”选择签署意见,若“不同意”必须写明原因)

同意: ( ☒ )

不同意: ( )

患者签名: [REDACTED]  
患者近亲属签名: [REDACTED]  
与患者的关系: [REDACTED]  
日期: 2019年11月20日