



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

同济医院

骨髓穿刺及活检术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 68岁 科别: 神经内科病房 床号: [REDACTED] 住院病历号: [REDACTED]

特殊检查(治疗)名称:

根据患者目前的病情,需进行 髂 检查(治疗)。本医生已针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)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(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者或患者近亲属(或代理人)交代。若发生所述情况,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名:

唐荣华

唐荣华

2018年05月04日11时33分

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 脑梗死 疾病,需行上述检查(治疗)。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(治疗),同时授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理,本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿,以后对此不提出异议。

(签署意见)

同意

患者(授权委托人)签名:

[REDACTED]

女子

患者近亲属签名(注明与患者的关系):

日期: 2018年5月4日12时00分

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 _____ 疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿,以后对此不提出异议。

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者的关系):

日期: 年 月 日 时 分

骨髓穿刺及活检术谈话内容

骨髓穿刺及活检术可能出现的并发症及不良后果列举如下：

- ☒1、麻醉剂过敏致意外；
- ☒2、穿刺针折断在骨髓腔内；
- ☒3、发生穿刺部位出血，血肿等并发症；
- ☒4、术后可能出现局部或全身感染；
- ☒5、心血管等其它意外情况；
- ☒6、穿刺，活检不成功；
- ☒7、所取标本不理想，需要再次穿刺，活检；
- ☒8、因病情及诊断需要，需多部位穿刺，活检；
- ☒9、可能因病情需要反复穿刺，其它可能发生的无法预料或者不能防范的并发症等。
- ☐10、
- ☐11、
- ☐12、
- ☐13、
- ☐14、
- ☐15、
- ☐16、

以上共 9 条已知情。知情

谈话医师签名：唐荣华

患者（代理人）签名：

患者近亲属签名（注明与患者的关系）：父子

2018年05月04日11时33分



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

同济醫院

病情谈话记录

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 68岁 科别: 神经内科病房 床号: [REDACTED] 住院病历号: [REDACTED]

病情介绍:

患者目前考虑为急性脑梗塞、血液增殖性疾病, 随时出现心肌梗塞、脑出血、呼吸心脏骤停, 需转ICU进一步抢救治疗。

患者或授权代理人意见:

同意转ICU

医生签名:

唐荣华

唐荣华

2018年05月04日17时32分

父子



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

同济医院

同济医院

授权委托书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 68岁 科别: 神经内科病房 床号: [REDACTED] 住院病历号: [REDACTED]

入院时间: 2018年05月03日12时58分

初步诊断: 1. 脑梗塞

本人现授权委托 [REDACTED] 代理本人签署本次在医院住院期间的相关知情同意书等全部必要医疗文书。自签名之日起生效。

1. 代理人(姓名)与本人的关系: [REDACTED] (父子) 联系方式: 手机 [REDACTED] 电话: [REDACTED]

2. 代理人(姓名)与本人的关系: [REDACTED] 联系方式: 手机 [REDACTED] 电话: [REDACTED]

父子

代理权限: ☒ 1. 全权委托 ☐ 2. 部分委托

全权委托: 包括代理本人执行知情、同意、选择、放弃或拒绝的权利, 签署所有知情同意书。

部分委托: 代理本人执行的权利, 签署相应知情同意书(注明具体内容)。

患者签名: [REDACTED]

被授权人(委托代理人)签名: [REDACTED]

2018年5月3日



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

TONGJI MEDICAL COLLEGE HUAZHONG UNIVERSITY OF SCIENCE & TECHNOLOGY

同济醫院

家属谈话

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 57岁 科别: 神经内科病房 床号: [REDACTED] 住院病历号: [REDACTED]

病情介绍: 患者脑梗死起病十天, 左侧肢体活动缓解。2018/11/22 单次多层CT平扫: 右侧额顶叶、右侧枕叶片状高低混杂密度影, 考虑梗塞伴少许渗血, 与前片(2018-11-17)相比, 大致相仿。2018/11/20 X001_血常规(五分类)红细胞计数 $9.34 \times 10^{12}/L \uparrow$, 血红蛋白 $198.0 \text{ g/L} \uparrow \uparrow$, 红细胞压积 $66.7\% \uparrow$, 平均RBC体积 $71.4 \text{ fL} \downarrow$, 平均血红蛋白含量 $21.2 \text{ pg} \downarrow$, 血小板计数 $322.0 \times 10^9/L$; 行水化、羟基腺、碳酸氢钠口服后复查2018/11/21 血常规(五分类)红细胞计数 $9.78 \times 10^{12}/L \uparrow$, 血红蛋白 $206.0 \text{ g/L} \uparrow \uparrow$, 血小板计数 $422.0 \times 10^9/L \uparrow$; 血液科建议口服抗凝药阿司匹林肠溶缓释片 100mg 1/日。但是口服抗凝药有再次出现脑出血, 甚至全身皮肤、脏器出血可能。

患者或授权代理人意见:



子

医师签名:



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

TONGJI MEDICAL CENTER OF HUAZHONG UNIVERSITY OF SCIENCE & TECHNOLOGY

同济医院

授权委托书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 57岁 科别: 神经内科病房 床号: [REDACTED] 住院病历号: [REDACTED]

入院时间: 2018年11月17日 18时15分

初步诊断: 出血性脑梗死

高血压病

本人现授权委托 [REDACTED] 代理本人签署本次在医院住院期间的相关知情同意书等全部必要医疗文书。自签名之日起生效。

1. 代理人(姓名) [REDACTED] 与本人的关系: 母子

联系方式: 手机 [REDACTED] 电话 [REDACTED]

2. 代理人(姓名) [REDACTED] 与本人的关系: [REDACTED]

联系方式: 手机 [REDACTED] 电话 [REDACTED]

代理权限: ☒ 1. 全权委托 ☐ 2. 部分委托

全权委托: 包括代理人本人执行知情、同意、选择、放弃或拒绝的权利, 签署所有知情同意书。

部分委托: 代理本人执行 [REDACTED] 的权利, 签署相应 [REDACTED] 知情同意书(注明具体内容)。

患者签名: [REDACTED]

被授权人(委托代理人)签名: [REDACTED]

2018年11月17日20时43分



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

同济醫院

骨髓穿刺及活检术知情同意书

姓名: [] 性别: 女 年龄: 57岁 科别: 神经内科病房 床号: [] 住院病历号: []

诊断: [] 血红蛋白增高待查

推荐特殊检查(治疗)名称: [] 骨髓穿刺及活检

根据患者目前的病情,需进行 [] 骨髓穿刺及活检 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)方案的必要性及优缺点,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(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者或患者近亲属(或代理人)交代。若发生所述情况,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救。是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

其他可供选择(检查)治疗方案: [] 无

谈话医师签名: []
2018年11月21日 10时03分

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 [] 血红蛋白增高待查 疾病,需行上述检查(治疗)。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(治疗),同时授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理,本人意愿承担相应风险和后果。因系本人意愿,以后对此不提出异议。

(签署意见)

患者(授权委托人)签名: []

患者近亲属签名(注明与患者的关系): []
2018年11月21日10时03分

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 [] 疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿,以后对此不提出异议。

患者(监护人、代理人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者的关系): []
[] 年 [] 月 [] 日 [] 时 [] 分



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

同济医院

WUHAN TONGJI HOSPITAL

骨髓穿刺及活检术知情同意书

姓名: [] 性别: 女 年龄: 57岁

科别: 神经内科病房

床号: [] 住院病历号: []

骨髓穿刺及活检术谈话内容

骨髓穿刺及活检术可能出现的并发症及不良后果列举如下:

- ☒ 1. 麻醉剂过敏致意外;
- ☒ 2. 穿刺针折断在骨髓腔内;
- ☒ 3. 发生穿刺部位出血, 血肿等并发症;
- ☒ 4. 术后可能出现局部或全身感染;
- ☒ 5. 心血管等其它意外情况;
- ☒ 6. 穿刺, 活检不成功;
- ☒ 7. 所取标本不理想, 需要再次穿刺, 活检;
- ☒ 8. 因病情及诊断需要, 需多部位穿刺, 活检;
- ☒ 9. 可能因病情需要反复穿刺, 其它可能发生的无法预料或者不能防范的并发症等。
- ☐ 10.
- ☐ 11.

以上共 9 项, 我已认真阅读并充分理解、知情。

谈话医师签名: []

患者(代理人)签名: []

患者近亲属签名(注明与患者的关系): []

2018 年 11 月 21 日 10 时 05 分