

深圳市龙华区中心医院

使用环磷酰胺知情同意书

患者姓名:

性别:

男

年龄:

78

住院号:

临床诊断:

1. ANCA相关性血管炎肾损伤 2. SLE

使用环磷酰胺有可能出现的副作用及不良影响:

- 1、恶性肿瘤: 包括膀胱癌、皮肤癌、宫颈癌及相关癌前病变等。
- 2、出血性膀胱炎。
- 3、血液系统的影响: 主要损伤骨髓干细胞, 出现淋巴细胞减少等。
- 4、性腺的抑制: 可能引起卵巢功能衰竭, 损害睾丸生精功能等, 有可能影响生育功能, 有可能导致不育、不孕等, 未婚、未育者应慎重考虑。
- 5、其他: 恶心、呕吐、消化道症状、脱发、过敏及肝功能损害等。

以上内容已经告知, 是否同意使用环磷酰胺敬请签字确认。

患者签字:

同意

日期:

2017.11.27

医生签字:

陈

日期:

2017.11.27



深圳市龙华区中心医院

使用人免疫球蛋白治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 78岁

住院号: [REDACTED]

临床诊断: 1. ANCA相关性血管炎 肾损伤 2. SLE

使用免疫球蛋白治疗有可能出现的副作用及不良影响:

- 1、费用较昂贵, 每 2.5 克 580 元, 每次计划使用 15 克 ($580 \times 6 = 3480$), 使用 5-7 天;
- 2、有感染的风险: 有感染乙肝、梅毒等血液感染风险;
- 3、其他: 可能有头痛、心慌、恶心、呕吐、消化道症状、脱发、过敏及肝功能损害等。

以上内容已经告知, 是否同意使用人免疫球蛋白, 敬请签字确认。

患者(家属)意见: 同意

患者(家属)签字: [REDACTED]

日期: 2017.11.27

医生签字: [REDACTED]

日期: 2017.11.27



深圳市龙华区中心医院

使用糖皮质激素知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 78 岁 住院号: [REDACTED]
临床诊断: 1、ANCA 相关性血管炎; 2、慢性肾脏 4 期; 3、系统性红斑狼疮; 4、贫血 (重度); 5、双肾囊肿; 6、右肾结石; 7、二尖瓣、三尖瓣关闭不全 (轻度); 8、主动脉粥样硬化。

使用糖皮质激素有可能出现以下并发症或者影响:

- 1、并发或加重感染: 常见于病情重、体质弱患者, 一旦发生感染, 应予抗感染等治疗。
- 2、药源性肾上腺皮质功能亢进: 如向心性肥胖、满月脸、痤疮、多毛、乏力、血糖升高等症状, 一般不需特殊治疗, 停药后可自行消退。
- 3、骨质疏松。
- 4、可诱发或加重消化道溃疡。
- 5、无菌性骨坏死: 多见于股骨头部、其次是髌关节、肩关节、膝关节及腕骨等, 发生率在 3%—5% 之间。
- 6、神经精神症状: 可以引起激动、失眠等, 可以适当使用镇定药物对症治疗。
- 7、其他: 诱发白内障、青光眼、伤口愈合不良、血栓形成和栓塞、月经失调、高脂血症及肌病等, 可以予相应对症治疗。

以上是使用糖皮质激素可能出现的并发症, 一旦有相关并发症, 应该及时诊疗, 采取相关治疗措施。

以上内容已经告知, 是否同意使用糖皮质激素治疗敬请签字确认。

患者意见:

患者签名:

日期:

如果患者无

家属签名:

请其授权的家属签名:

关系

日期:

医生签名:

日期:



深圳市龙华区中心医院

深静脉置管术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 78岁 科室: 肾病风湿科(住院) 床号: 19床 住院号:

疾病介绍与治疗建议: ANCA相关性血管炎

医生已告知我患有____, 需要在局麻麻醉下进行临时性经股静脉深静脉置管术。

深静脉置管术是通过颈内静脉、股静脉或锁骨下静脉穿刺、在深静脉腔内留置双腔导管的技术, 根据临床治疗的需要, 可分为临时性及长期性中心静脉置管两种方式。

☐ 为方便化疗或造血干细胞移植期间的治疗, 需要为患者进行深静脉置管。

(1) 减少频繁穿刺外周静脉的次数, 减轻病人痛苦;

(2) 避免化疗药物外渗引起的并发症;

(3) 深静脉导管实施化疗和干细胞输注安全有效, 保护外周静脉。

☐ 深静脉置管术主要是为了解决外周静脉穿刺不能满足治疗需要的问题以及用于部分动静脉条件不佳的免疫净化患者。

☒ 深静脉置管是为血液净化治疗建立血管通路, 是保证血液净化治疗顺利和充分进行的关键。

☐ 其它

手术潜在风险与对策

医生告知我深静脉穿刺术及留置导管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, 具体的医疗方案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医疗方案的具体内容, 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. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策:

1) 局部感染或败血症: 局部穿刺点发生红、肿、热、痛, 或全身感染如发热、寒战等;

2) 血管损伤: 发生出血、假动脉瘤、静脉狭窄、动静脉瘘。局部血肿可压迫气道、胸腔、心脏、气管, 引起吞咽异物感, 心悸、阵发性刺激性干咳、发热甚至窒息死亡等, 必要时需外科手术治疗;

3) 穿刺部位局部血肿, 皮下气肿;

4) 心血管症状: 穿刺或拔除导管过程中可发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填塞、心跳呼吸骤停等;

5) 周围组织、神经损伤: 生意嘶哑、穿刺侧颈部、胸部、上肢部疼痛和乏力、麻木、活动障碍、霍纳氏综合征(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、

深圳市龙华区中心医院

深静脉置管术知情同意书

姓名 [] 性别:男 年龄:78岁 科室:肾病风湿科(住院) 床号:19床 住院号 []

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,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择(同意者在口打√;不同意者口在打×,并在相应处签名)

√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、可能存在的其它治疗方法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。

患者意见 _____ 签名: _____

签名时间: 2017年11月20日12时53分

如果患者无法签署知情同意书,请其亲属或授

患者亲属或授权人意见 [] 签名: [] 患者关系 []

签名时间: 2017年11月22日12时53分

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、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: []

签名日期: 2017年11月20日12时58分

医务科

深圳市龙华区中心医院

血液透析知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 78岁 科室: 肾病风湿科(住院) 床号: 19床 住院号: [REDACTED]

临床诊断: ANCA相关性血管炎

一、血液透析治疗目的: 为急性肾功能衰竭患者改善内环境, 对其病因治疗创造条件, 恢复或部分恢复肾功能; 为拟行肾移植患者手术前提供机体功能保障; 慢性肾功能衰竭(尿毒症) 患者, 血液透析仅能部分替代肾功能, 延长生命, 不治疗原发病。

二、透析病人应定期进行透析, 如果患者不及时透析, 将加重尿毒症病情。

三、部分患者因为出血倾向、活动性出血或手术后需要减少肝素使用剂量或使用低分子肝素、或其他特殊的抗凝方法, 可能会造成体外凝血, 体外循环的血液不能回输体内, 造成部分血液丢失。

四、由于医学科技水平的局限, 血透过程中和治疗期间存在下列医疗风险, 可能造成严重后果, 甚至危及生命:

- 1、血液透析、净化治疗过程中可能发生如下急性合并症: 低血压、心力衰竭、心肌梗塞、心律失常、心脏骤停、空气栓塞、过敏反应、失衡综合征、肌肉痉挛、高血压、脑血管意外、溶血、出血、管路凝血等。
- 2、各种血管通路均有发生感染、血栓形成的可能。
- 3、血液净化治疗可能会加重原有的感染。
- 4、由于患者的抵抗力下降, 发生肝炎病毒等血源传播性疾病的机会明显高于普通人群。

我科遵守卫生部的相关规章制度和操作规范, 以最大限度减少不良反应的发生。当发生并发症后, 医院保证给患者施以积极的治疗或抢救, 治疗或抢救所发生的费用均由患者负担。

告知医生签名: [REDACTED]

日期: 2017.11.20

患者意见:

我已认真阅读并完全理解上述条款, 我愿意接受血液透析治疗, 自愿配合医务人员进行必要的相关医疗行为。

患者签名:

日期:

身份证号码:

患者(或法定代理人)意见:

我是患者的 [REDACTED], 我已认真阅读并完全理解上述条款, 我同意患者接受血液透析治疗, 因患者病情所需, 我代表患者及家属在此签字, [REDACTED] 法律责任。

家属(或法定代理人)签字: [REDACTED]

身份证号码:

日期: 2017.11.20

深圳市龙华区中心医院

肾穿刺活检术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 78岁 科室: 肾病风湿科(住院) 床号: 13床 住院号: [REDACTED]

术前诊断: 1、ANCA相关性血管炎; 2、慢性肾脏4期; 3、系统性红斑狼疮; 4、贫血(重度); 5、双肾囊肿; 6、右肾结石; 7、二尖瓣、三尖瓣关闭不全(轻度); 8、主动脉粥样硬化。

拟施手术名称: 肾穿刺活检术

麻醉方式: 局麻

手术潜在风险和对策:

- 1、镜下血尿或肉眼血尿。
- 2、肾周血肿,多在1-2周内消失。
- 3、严重肾损伤、肾周大血肿,严重时可致出血性休克,需做介入栓塞治疗、部分肾切除或全切除。
- 4、动静脉瘘形成,95%以上的动静脉瘘能在3-30个月内自发愈合,严重者可表现血尿、肾周血肿、顽固性高血压、进行性心力衰竭,可作动静脉血栓治疗,必要时手术。
- 5、损伤周围脏器、血管。
- 6、局部感染。
- 7、疼痛、呕吐。
- 8、取材不满意,部分病人根据病情需要进行重复穿刺。
- 9、术后需要卧床24小时或更长时间,在个别高危患者中可能会并发深静脉血栓形成。
- 10、穿刺后出血并发症时,需延长卧床时间,必要时还需要输血、甚至需要动脉栓塞止血或手术治疗。

11、麻醉意外。

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

医师签名: [REDACTED]

2017年11月17日

如果发生上述意外情况并发症,医生将按有关诊治常规积极救治病人,使病人尽快地康复。患方经医生告知,已经了解上述情况,同意手术并自愿承担手术风险。

病人(家属或单位)意见: [REDACTED]

病人签名: [REDACTED]

家属(单位)签名: [REDACTED]

(与患者关系)

年 月 日

2017年11月17日

说明: 1、同意书内容由预约手术的本院执业医师向患者、家属(单位)详述,取得理解和同意后,由

病人签字负责(病人无行为能力时由家属或单位签字)。

2、此同意书适用于我院进行的所有手术。

3、此同意书填写完整后存于病历内保存。

输血治疗同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 79岁 登记号: [REDACTED]
科 别: 肾病风湿科(住院) 床号: 13床
临床诊断: ANCA相关性血管炎肾损伤

输血治疗是临床治疗的重要措施之一,是临床抢救急危重患者生命行之有效的有效手段,但输血存在一定的风险,可能发生输血反应及感染经血传播疾病。虽然我院使用的血液均已按卫生部有关规定进行检测,但由于当前科技水平的限制,输血仍有某些不能预测或不能防止的输血反应和输血传染病。输血时可能发生的主要情况如下:

- | | |
|----------------|----------------|
| 1 过敏反应 | 2 发热反应 |
| 3 感染肝炎 | 4 感染艾滋病 |
| 5 感染梅毒 | 6 感染疟疾 |
| 7 巨细胞病毒或EB病毒感染 | 8 输血引起的其他感染或疾病 |

鉴于输血可能传播上述疾病,要求患者在输血前做如下检测:

①乙肝两对半 ②丙肝抗体 ③艾滋病毒抗体 ④梅毒 ⑤转氨酶

患方同意行上述第 12-5 项检查。

☐ 自体输血 / ☐ 异体输血

我已经仔细阅读以上内容并听取了医护人员的解释,知悉病情、输血存在的某些

风险和输血治疗的必要性,经考虑在住院期间同意 ☒ 单次 ☐ 多次 输血治疗。

患者(亲属/监护人)签字: 18 李 2017年 11月 20日 时 分

医 师 签 字: 2017 2017年 11月 20日 10时 00分

患者无自主意识,亲属/监护人不在现场时由业务主管部门签字:

医务科
深圳市卫生局监制

深圳市龙华区中心医院

输血治疗同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 78岁 科室: 中医科(住院) 床号: 13床 住院号:

输血治疗包括输全血、成分血,是临床治疗的重要措施之一,是临床抢救急、危重患者生命行之有效的手段。因患者病情治疗需要,经临床医生评估,患者当前的临床表现符合输血指征,将考虑输血治疗。虽然我院使用的血液,均已按卫生部有关规定进行检测,并达到了相应质量要求,但由于当前科技水平的限制,输血仍有某些不能预测或防止的输血反应和输血传染病。异体输血可能发生的主要情况如下:

一. 输血可能引起的不良反应或并发症:

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 过敏反应; | 2. 发热反应; |
| 3. 急、慢性溶血性输血反应; | 4. 细菌污染引起的输血反应; |
| 5. 稀释性凝血因子减少产生出血倾向; | 6. 输血相关急性肺损伤或肺微血管栓塞等 |

并发症:

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 7. 输血相关移植物抗宿主病; | 8. 产生同种抗体; |
| 9. 大量输血至循环超负荷及电解质酸碱平衡失调; | 10. 输血引起的其他疾病; |

二. 经输血可能传播下列传染性疾病:

- | | |
|-----------------|----------|
| 11. 肝炎(乙肝、丙肝等); | 12. 艾滋病; |
| 13. 梅毒; | 14. 疟疾; |
| 15. 其他感染性疾病。 | |

鉴于输血可能传播的疾病,要求患者在输血前做如下检测:

①乙肝两对半□ ②丙肝抗体□ ③艾滋病毒抗体□ ④梅毒□ ⑤肝功能□

患者同意上述第 ① - ⑤ 项检查,拒绝 项检查。

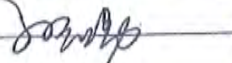
除 ①异体输血外,其它输血方式还有 ②贮存式自体输血,③稀释式自体输血,④回收式自体输血,⑤其他。我同意医生根据我的病情,选择① □ ② □ ③ □ ④ □ ⑤ □

患者同意在此次住院期间根据病情输血: ① 多次 ☒ ② 单次 ☐

我已经仔细阅读以上内容并听取了医护人员的解释,知悉病情、输血存在的风险和输血治疗的必要性,经慎重考虑,同意在此住院期间输血。

(患者或代理人签字)

医生签名:





深圳市龙华区中心医院

患者授权委托书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 78岁 科室: 肾病风湿科(住院) 床号: 13床 住院号: [REDACTED]

有效证件号码: [REDACTED] 联系电话: [REDACTED] 住址: 广东省茂名市茂南区

被授权人姓名: [REDACTED] 年龄: 48 联系电话: [REDACTED]

有效证件号码: _____ 住址: _____

与患者关系: ☐配偶 ☒子女 ☐父母 ☐其他近亲属 ☐同事 ☐朋友 ☐其他

本人于 2017 年 11 月 6 日因病入住深圳市龙华区中心医院,经过仔细考虑和权衡,决定授 [REDACTED] 列我选定的情形下代为行使知情同意权,并签署相关医疗文件,我本人和被授权人已充分理解这一授权的意义,我完全信任被授权人能够为我作出最合适的选择;被授权人的签字视同我本人的签字,被授权人签署相关医疗文件后所产生的一切风险和后果,由我本人承担。

☒ 本人在住院期间,所有有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切医疗文件。

(患者签名或按手印: _____)

☐ 本人在住院期间,因病或其他原因不能行使知情同意权或签字手续时。(患者签名或按手印: _____)

其他需要说明的情况或意见: [REDACTED]

授权人(患者)签名(或按手印): [REDACTED]

被授权人签名: [REDACTED]

签署地点: [REDACTED]

签署日期: 2017.11.17

医疗事宜授权委托书

日期: 2017.11.06