

吉林大学白求恩第一医院

血清标本库血样留取患者知情同意书

一为医学研究目的收集、保存、使用诊疗过程中剩余的血液和体液

患者姓名: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

吉林大学白求恩第一医院是从事医疗、教学、科研的专门机构,为了能够更好地对严重威胁人类健康的疾病进行预防、诊断及治疗,我们需要收集、保存、使用来自患者的血液和体液进行医学研究。在研究过程中我们将遵守医学法律和医学伦理学的规定,不会对您的身体和治疗造成任何损害。本项工作将为人类的健康事业做出难以估量的贡献。

本“同意书”是征求您对保存和使用您在诊疗过程中剩余的血液和体液的意見。具体说明如下:

关于您:

样本的采集是在临床采血等诊疗之后进行,对您的身体没有任何损害;进行的医学研究均在体外,不影响和损害您的正常诊疗,也不会危害您的健康;您不需额外支付任何费用,也不会从本研究中获得某种形式的经济利益;为保护个人情报和隐私,我们将采用特定的数字符号严格管理和使用您提供的样本,任何他人都不能了解与您个人隐私相关的资料;您可以自愿提供样本,并且可随时取消和撤回您的同意;即使拒绝提供样本,也不影响您的一切正常诊疗过程;您提供的所有样本将只用于医学研究,如基因组学、蛋白质组学研究等。

如果您想了解本研究的相关情况或有所担心,请与医生和研究者联系。

关于我们:

我们将长期保存这些样本,以供将来进行医学研究使用;即使拒绝提供样本,我们依旧向您提供与样本提供者相同质量的医疗服务;所有样本将在匿名情况下用完为止,如需废弃,将会同时销毁相关个人信息;为使研究成果为医学发展服务,我们会发表相关研究结果,但这一过程中绝不会泄露样本提供者的个人相关信息;来源于研究成果的知识产权属于研究单位和研究者,不归样本提供者。

有关医生和研究者随时可以就相关内容详细地向您说明和解释。

我已经充分理解本知情同意书所述关于收集、保存、使用本人血液和体液进行医学研究的相关事宜,同意并自愿提供有关本人的血液和体液用于医学研究。

患者或代理人签字: [REDACTED] 签字日期: 2018年7月3日

说明医生签字: [REDACTED] 说明时间: 2018年7月3日

吉林大学白求恩第一医院肝胆胰内科



吉林大学第一医院

患者知情同意授权委托书

患者姓名: [redacted] 身份证号码: [redacted] 住址: [redacted] 住院号: [redacted]
入院诊断: [redacted] 入院时间: [redacted] 科室: [redacted] 病房: [redacted] 床号: [redacted]

鉴于 [redacted] 原因,现委托 [redacted] 身份证号码: [redacted],与患者
的关系: [redacted] 为代理人,在接受诊疗服务中,就如下范围 [redacted] 中所涉及的问题,代行
患者本人的知情同意权,其所签署的文书及所做决定,医院方面应视为已征得患者本人同意,由此产
生的一切后果均由患者本人承担责任。

授权范围:

1. 特殊诊断项目;
2. 特殊治疗项目;
3. 非医疗保险诊疗及药品目录的项目;
4. 全部诊疗过程;
5. 其他:

授权人(签字或画押): [redacted]

18年7月3日

被授权人(签字或画押): [redacted]

经治医师(签名盖章): [redacted]



吉大医表字[2002]050号



吉林大学第一医院
人工肝支持治疗知情同意书

姓名		性别	男	年龄	39	住院号	
病室号		床号	1411	临床诊断	肝硬化		

因病情需要对患者拟行以下治疗。

1. 连续血液滤过
2. 血浆灌流吸附
3. 血浆置换
4. 血液灌流
5. 分子吸附再循环
6. 上述手段联合治疗

目的：

1. 利用连续性床边血液滤过、血液滤过透析、血浆灌流吸附、全血灌流分子吸附再循环等血液净化手段，暂时替代肝脏的解毒及胆红素排泄功能，祛除产生的各种毒素以及造成肝脏及其它脏器损伤的物质。

2. 利用间断性和/或持续性血浆置换术，排除内源性毒素及异常血清成分，补充凝血因子、蛋白质及促肝细胞生长物质。

术中术后可能出现以下不良反应及并发症：

1. 术中体外循环应用抗凝剂导致出血；
2. 血液灌流可能同时吸附红细胞、中性粒细胞、血小板及纤维蛋白原，产生如溶血、继发感染、出血等相应并发症；
3. 低血压、休克、高血容量综合征、急性左心衰、肺水肿等循环并发症；
4. 异体血浆过敏所致的过敏反应、甚至过敏性休克；
5. 术后继发感染；
6. 其他。

有医生向您详细告知后，如您能理解并愿意承担应用此技术可能导致的风险，同意应用，请您签字为证：

患者代理人意见：_____ 患者代理人签名：_____

与患者关系：父子 日期：2018.2.9

医师签名：_____ 日期：2018.2.9



院表字〔2008〕024号





吉林大学白求恩第一医院

输血治疗知情同意书

姓名: [redacted] 性别: 男 年龄: 39岁 科别: 肝胆胰内科
病案号: [redacted] 床号: 1462-1 诊断:

输血治疗存在一定风险, 可能发生输血反应或经血传播疾病, 主要情况有: 1. 过敏反应; 2. 发热反应; 3. 感染肝炎(乙肝、丙肝等); 4. 感染艾滋病、梅毒等; 5. 感染疟疾; 6. 巨细胞病毒或EB病毒感染; 7. 输血引起其他疾病。

另外, 如果由于患者本身原因, 如出现输血反应、病重、死亡等造成不能完成输血时, 按照“血液制品一经发出血库后, 一律不得退回”的规定, 费用均由患者及家属承担。

鉴于输血治疗中可能出现的风险, 特此想患者(或家属)告知, 患者应充分考虑, 权衡利弊, 选择是否接受输血。

医生签字: [signature]

患者(或家属)签字: [redacted]

日期: 2018.7.3

日期: 2018.7.3

备注:

1. 此次住院期间如需进行多次输血, 以上告知内容不再重复签署。
2. 输血时签署以上告知内容。
3. 输血前签署以下告知内容。

输血前告知记录

输血时间	申请医师	输血目的	输血成分	患者(或家属)签字或画押
2018.7.5	[signature]	补充凝血因子	血浆	[redacted]
2018.7.6	[signature]	—	—	
2018.7.7	[signature]	血浆置换	—	
2018.7.8	[signature]	补充凝血因子	血浆	
2018.7.9	[signature]	血浆置换	血浆	
2018.7.10	[signature]	补充凝血因子	—	





吉林大学第一医院

肾上腺皮质激素治疗知情同意书

病案号: [REDACTED]

科 室: 肝胆胰内科

微机号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

患者姓名: [REDACTED]

性 别: 男

年 龄: 39岁

床 号: 1491-1

就诊(住院)日期:

联系电话: [REDACTED]

目前诊断(拟诊):

拟定手术:

鉴于患者目前的病情,因病情发展,需要应用肾上腺皮质激素。但是,在治疗过程中,由于目前医学科学技术水平的局限,尚难杜绝激素可能产生如下的副作用和不良影响:

- 1、胃炎、胃溃疡,恶心、呕吐、咯血或便秘、穿孔等
- 2、骨质疏松,病理性骨折
- 3、股骨头无菌性坏死
- 4、高血压、浮肿、心力衰竭、低血钾
- 5、向心性肥胖、高血糖
- 6、血糖升高、糖尿病
- 7、肌肉萎缩,伤口愈合不良或延期愈合
- 8、继发感染、感染灶扩展
- 9、诱发或加重精神病、癫痫
- 10、眼科并发症,包括青光眼、白内障、眼部感染、疱疹性角膜炎等
- 11、骨质疏松症,包括全身不适、食欲不振、情绪低落、肌肉疼痛等
- 12、促发高凝状态发生,血栓形成
- 13、皮肤紫纹、毛发增多、毛孔增粗,影响美观
- 14、过敏反应、运动性震颤、致畸
- 15、其他不可预知的毒副作用和不良反应

以上各项应用激素引起的风险,已明确告知患者及家属。一旦发生上述意外情况,我院将积极组织抢救、治疗(包括外科手术);但仍有可能因抢救治疗无效以至病残,甚至死亡。患者及家属表示理解以上内容,愿意承担各项风险,请在本知情同意书上签字为证。

患者本人/代理人意见: [REDACTED]

患者本人/代理人签字/盖押:

与患者的关系: 父子

签字日期: 2018.7.7

医师(告知人)签名: [REDACTED]

签字日期: 2018.7.7

第 页



由 扫描全能王 扫描创建