抗凝溶栓治疗知情同意书

这是一份关于 抗凝溶栓 药物治疗的知情同意书，医生会用通俗易懂的方式告知该治疗相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次治疗有关的任何疑问。您有权知道治疗性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在充分了解后决定是否同意进行治疗。除出现危急生命的紧急情况外，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行治疗。在治疗前的任何时间，您都有权接受或拒绝本治疗。

**1.目前诊断：**1.腹膜透析 2.慢性肾脏病5期 心功能不全 肾性贫血 肾性骨病 高磷血症 3.痛风 4.高血压 5.高脂血症 6.甲状腺功能检查的异常结果 7.腰椎侧弯 腰椎退行性病变 8.甲状腺结节 9.肾囊肿 10.慢性支气管炎伴肺气肿 11.肿瘤标记物升高 12.胆囊息肉 13.前列腺增大 14.肠道感染 15.胸腔积液 16.双下肢动脉硬化伴多发斑块形成 17.右下肢肌间静脉血栓形成 18.脑萎缩 19.冠状动脉粥样硬化

**2.**血液净化血管通路，包括动-静脉内瘘和深静脉透析导管，是进行血液净化治疗的生命线，但这些血管 通路很容易发生血栓形成，甚至闭塞，严重影响您进行血液净化治疗。

**3.**患者目前存在以下情况：

□深静脉透析导管功能不良，考虑血栓形成

□深静脉透析导管，预防血栓形成

□动静脉内瘘血栓形成

□动静脉内瘘预防血栓形成

□腹透导管功能不良，考虑血栓形成

拟进行：

□尿激酶微泵注射

□尿激酶导管内封管

□华法令口服

**4.患者如接受抗凝溶栓治疗，可能改善血管通路的通畅情况，有利于充分透析；但治疗过程中和治疗间 期存在下列医疗风险，可能造成严重后果，甚至危及生命：**

4.1 出血风险较大，包括鼻出血，痰中带血，黑便，血便，血尿，呕血，眼底出血，球结膜出血和皮 下淤血，颅内出血等。

4.2 栓子脱落引起肺、脑等脏器栓塞。

4.3 其它可能发生的无法预料或者不能防范的并发症等。

4.4 其他情况 。

**5.为尽可能减少上述的风险，请您和家属在医护人员指导下，做好以下注意事项：**

5.1 随时报告您的出血情况，尤其是鼻出血，痰中带血，黑便，血便，血尿，呕血，眼底出血，球结 膜出血和皮下淤血；

5.2 配合医生定期监测凝血功能,如：PT,凝血全套，ACT等；

5.3 平时勿进食过冷过热过硬的食物，活动时注意避免外伤，尽量避免肌肉注射药物等。

**6.可替代的治疗方法：**

□有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □不确定 ■无

**7.不采取该药物治疗可能产生的结果：** \_\_\_加重血栓风险\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8.其他：**简单输入框

**9.医师声明：**

我已经以病人所能理解的方式告知病人目前的病情、拟采取的治疗方式及可能发生的风险和并发症、可能存在的其它治疗方法等相关事项，给予了患者充足的时间询问本次治疗的相关问题并做出解答。

医生签名：

签字时间：2025年6月6日10时03分

**10.患方意见：**

医师已经告知我该药物治疗的必要性和相关事项，我已充分理解并选择\_\_\_\_\_\_治疗。

患者（代理人）:请输入签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签字时间： 年 月 日 时 分

患者/法定代理人关系:(法定代理人与患者的关系)