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。除出现危及生命的紧急情况外，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(Current Diagnosis）**：**1.慢性肾脏病5期 肾性贫血 2.2型糖尿病 3.高血压 4.心功能不全 心力衰竭 5.肺栓塞**

**2.目的(Purposes of Diagnostic and Therapeutic Procedure）：** 抗凝

**3.患者目前存在以下情况：** 肺栓塞

拟进行： 抗凝

**4.主要意外、风险及并发症 (Major Accidents, Risk Factors and Complications)：**

患者如接受抗凝溶栓治疗，可能改善病情；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.防范措施(Preventive Measures):**

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：外源性凝血系统功能,凝血全套，激活全血凝固时间等；

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：** \_\_\_\_\_危及生命\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8.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。

医师签名: 签字时间：**2025年6月10日18时07分**

**9.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）签名：

与患者关系：与患者关系 签名时间： 年 月 日 时 分