血液净化诊疗操作知情同意书

这是一份关于 血液净化治疗 的知情同意书，医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次操作有关的任何疑问。您有权知道操作性质和目的、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操作。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，医生不能对您施行操作。在操作前的任何时间，您都有权接受或拒绝本操作。

**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**

**2.诊疗操作目的(Purposes of Diagnostic and Therapeutic Procedure）：**

□明确病因，完善诊断；□确定治疗方案，判定预后；

■对症治疗，缓解病情；□其他:

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

3.1 透析液、透析膜反应，首次使用综合征：表现为胸闷，烦躁不安，甚至溶血，低血压休克，呼吸衰竭，严重时可危及生命；

3.2 失衡综合症：表现为头痛、恶心、呕吐，严重时可引起昏睡，昏迷、精神异常、呼吸衰竭，甚至危及生命；

3.3 感染：由于血液净化属于创伤性治疗，有可能出现局部或全身性感染；已有感染者有可能加重感染，出现败血症等情况而危及生命。

3.4 出血或凝血：穿刺、用肝素抗凝等有可能导致穿刺局部血肿或原有的出血情况加重，甚至引起重要脏器大出血；部分病人因出血倾向减少肝素使用剂量时，又可能会造成体外凝血、失血、血栓形成等，严重时可危及生命；

3.5 心脑血管病变：由于血流动力学变化较大，可能出现低血压甚至休克；顽固性高血压及其他心脑血管合并症：心律失常，心肌梗死，脑梗死等；

3.6 透析管道破裂，透析器漏血：造成出血、空气栓塞、凝血、失血等；

3.7 过敏和变态反应：血液净化治疗都有发生过敏的危险，特别是血浆置换、血液灌流、免疫吸附等治疗可能性更大，严重过敏反应有可能导致休克、死亡。

3.8 有交叉感染病毒性传染病及其他传染病的的潜在风险，如乙肝、丙肝、 AIDS等，特别是输注血制品相关制剂或行血浆置换治疗。

3.9 费用较高。其中透析器、血滤器、细菌过滤器、灌流器、血浆分离器、免疫吸附器等材料费用超过 200元，其中20%由医保病人自行负担。

3.10 透析远期并发症还包括营养不良；顽固性高血压、低血压；淀粉样变；脑病；骨关节病变；甲状腺功能亢进；周围神经病变；皮肤瘙痒及损害；透析通路感染，闭塞等。

3.11 其他：可能发生其他无法预料或者不能防范的并发症等。

**4.防范措施(Preventive Measures):**

4.1 严格按照诊疗操作规范执行；

4.2 加强监测，仔细操作，及时处理。

4.3 其他： —

**5.可替代的方案(Alternative Programs)：**

■有 腹膜透析 □不确定□无

**6.不采取该项操作/治疗可能产生的结果: 危及生命**

**7.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： 日期：**2025年6月2日14时10分**

**8.患方意见：**

我的医师已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险。我经过慎重考虑，已充分理解本知情同意书的各项内容（共2 页），愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症，并选择同意治疗。

**情况了解，风险已知，要求操作。**

患者（代理人）签名： 日期： 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)