

东南大学附属中大医院重症医学科 ECMO 知情同意书

姓名_____性别_____年龄_____病区_____床号_____住院号_____

诊断_____

体外膜肺氧合(简称 ECMO)是将血液从体内引流到体外，经人工膜肺氧合后，再将氧合血灌注入体内，以维持机体各器官的供氧，能对严重的可逆性呼吸循环衰竭患者进行长时间心肺支持，使心肺得以充分适当的休息，为心肺功能的恢复赢得宝贵的时间。ECMO 治疗期间，心脏或/和肺得到一定程度的休息，但病情稳定和恢复依赖于原发疾病的恢复程度。

根据病情患者需要 ECMO 进行辅助治疗，本院医师将本着为患者消除病痛尽一切努力，认真负责，细心谨慎，严格按规范操作。为依法维护医患双方合法权益，建立相互信任理解的医患关系，我院特告知如下事项，便于患者及家属考虑并作出选择。

一、由于目前医疗科学水平所局限，即使医务人员已认真尽到工作职责的情况下，在 ECMO 过程中可能发生以下并发症和意外，需要向家属说明：

1. 患者对药物如肝素等的过敏及不良反应；
2. 动静脉插管可造成局部血肿、血管损伤、出血、神经损伤、心包压塞、血气胸、导管脱出，穿刺置管不成功等；
3. 治疗过程中可能出现出血、渗血、血栓、循环意外、脑血管意外、心律失常、空气或血栓栓塞、血肿、感染、动静脉瘘、动脉瘤等；
4. 治疗过程中可能会根据患者病情需要改变原定治疗方案；
5. 治疗过程中可能会发生与患者自身体质有关的不良后果；
6. 在现有医学科学条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果；
7. 其他_____。

二、在治疗之前/治疗过程中/治疗结束后，医生将对患者进行相关检查和评估，严密观察病情变化，如有并发症和意外发生，医生会全力予以抢救。

三、如您有任何疑问，请及时与经治医师或主任联系，我们会认真听取您的意见并耐心解答，您有权利知道 ECMO 治疗的性质，目的和相关风险，以及其他治疗方法及其利弊，有权选择同意或拒绝相关治疗，您的意见将会得到充分尊重。

四、如果您接受 ECMO 治疗并签字，表示您或家属已经清楚的知道作出该决定可能的利弊、风险及后果，并理解相关治疗费用及其可能预后。

作为患者或患者家属(或 关系人)，我已仔细阅读并理解上述各项告知内容，经治医师亦向我做了充分的说明和解释。经过慎重考虑，我签字同意贵院实施 ECMO 治疗，并自愿承担由此而产生的全部合理治疗费用和相关风险。

家属对以上情况表示理解，是否同意治疗 _____

家属_____（签名） 与患者关系 _____

关系人_____（签名） 与患者关系 _____

年 月 日

经治医师签字_____

年 月 日