医 院

高压氧治疗知情同意书

一、谈话时间：　　年　月　日　　时　　谈话地点:

二、患者姓名：　　性别　　年龄　　科室　　床号　　登记号　　住院号

三、病情诊断：

1、　　2、　　3、

4、　　5、　　6、

四、拟实施治疗方案:压力_____ ATA;吸氧时限 _____分钟 ；_____次/日；_____ □次 □疗程；

治疗中患者本人和(或)他人因病情需要,或有急诊患者抢救时,上述治疗方案可能需做相应调整。高压氧科医师根据患者（尤其急性一氧化碳中毒患者）病情制定的高压氧治疗方案，患者必须遵从医嘱，否则后果自负。

五、高压氧治疗中可能出现的主要意外情况(相应□中打(√):

□ 1.中耳和/或鼻窦气压伤。

□ 2.由于个体差异引起的氧过敏。

□ 3.昏迷患者呼吸不当引起肺气压伤;昏迷患者呕吐引起呼吸道误吸等。

□ 4.新近手术的患者出现切口部位皮下气肿、出血等。

□ 5.颅底骨折和较大范围脑梗塞患者出现气颅、脑脊液漏、脑出血等。

□ 6.由于血压波动,出现脑出血或脑梗塞。

□ 7.癫痫发作。

□ 8.呼吸、心跳骤停。

□ 9.包括高压氧治疗往返途中可能出现的其他意外情况。

其他：

以上情况可能很轻微,也可能很严重, 甚至导致残疾或死亡。

六、治疗中须遵守如下规定：

1、患者必须遵从高压氧科医师医嘱进行高压氧治疗。治疗中服从医护人员指导及安排，否则发生影响本人及其他患者治疗或影响正常治疗情况时,为保障患者医疗安全，值班人员有权暂停有关患者的高压氧治疗。

2、入舱人员严禁携带火柴、打火机,手机、电动玩具类带电物品,以及火药、有机溶剂等各类易燃、易爆物品。爱护舱内设施、物品。

3、更换棉质服装被服，不得穿着丝绸、毛质及未经防火和防静电处理的化纤织品等。

4、高压氧治疗期间,请勿自行调整治疗药物,以免影响疗效和引起危险。

七、患方意见：我已经如实报告病情,经高压氧科医师告知, 了解上述事项并表示理解。由于病情需要,我同意接受高压氧治疗，遵守上述规定，并承担相应的风险。如不遵从医嘱和有关规定，或不及时报告舱内治疗时病情变化，出现问题，后果自负。

本文件由院方保存。

患者本人(或受托人)签名：　　（与患者关系　　）；联系电话：

高压氧科医师签名：