

中国整形美容协会文件

中整协发〔2020〕41号

中国整形美容协会 关于《医疗美容病历范本》（征求意见稿）公开征求 意见的通知

病历是患者疾病发生、发展、诊断、治疗情况的系统记录，直接反映医疗质量和管理水平，也是判定法律责任的重要依据。为了推动医疗美容机构加强医疗质量和安全管理，指导医护工作人员规范病历书写，中国整形美容协会政策研究室组织编写了《医疗美容病历范本》（征求意见稿）（下载地址 www.capa.org.cn）。现向社会公开征求意见。意见反馈截止时间为2020年10月20日。

联系人：曲晓光 13120494237

邮箱：quxiaoguang1961@163.com。

附件：《医疗美容病历范本（征求意见稿）》



中国整形美容协会办公室

2020年10月9日印

校对：黄超

医疗美容病历范本

(征求意见稿)

(适用于民营医疗美容机构)

中国整形美容协会 编



前言

病历是患者疾病发生、发展、诊断、治疗情况的系统记录，直接反映医疗质量和管理水平，也是判定法律责任的重要依据。近年来，我国医疗美容行业发展迅速，医疗机构的病历书写和管理取得长足进步，但是部分医疗机构尤其是民营医疗美容机构病历书写不完整、不规范的情况大量存在。其原因在于一方面民营医疗机构对病历书写不够重视，另一方面缺少一份既合乎书写规范又贴近民营机构实际的病历范本。

为了推动民营医疗美容机构加强医疗质量和安全管理，指导其规范病历书写，中国整形美容协会于 2019 年委托四川省美容整形协会和浙江省整形美容协会组织专家编写了《医疗美容病历范本（试行）》（以下简称范本）。范本内容包括美容外科、美容皮肤科、美容牙科、美容中医科病历和相关配套的病历文书，分为医疗美容行业各学科的门诊病历和美容外科的住院病历。范本编写的主要依据为原卫生部颁布的《病历书写基本规范》（2010 版），同时参考了北京大学人民医院出版的《医疗知情同意书汇编》。

《医疗美容病历范本》编写组

《医疗美容病历范本》编写组

组长：张斌

副组长：曹德全 曲晓光 岑瑛 赵启明 潘宁

成员：

方 刚 方秋萍 黄建琼 黄琪平 蓝露芳 郎桂荣 李自明

刘晓丽 卢 喆 唐 坚 陶小华 王 琳 许 婧 张雅乐

使用说明

范本可作为民营医疗美容机构在医疗服务实践过程中参照使用，卫生健康行政部门另有特殊要求的，以行政部门的意见为准。

范本遵循规范、实用原则，仅涵盖医疗美容服务过程中常见的病案文书，未列入本范本的，不意味该文书不必要，医疗机构应根据临床工作需要和《病历书写基本规范》（2010版）予以客观记录。

范本分为常用病历、知情同意书和选用病历。常用病历和知情同意书为临床工作必不可少的医疗文书，医疗机构应如实完整书写；选用病历可根据临床工作需要选择应用。病历排序应按照国家病历书写基本规范的先后顺序排列归档，实行病案规范化管理。

目录

前言	2
使用说明	4
常用病历	7
医疗美容门诊病历（通用封面）	8
美容外科门诊病历	9
门诊病历记录	9
门诊手术安全核查表	11
门诊手术记录	12
美容外科住院病历	13
住院病历	13
入院记录	15
术前小结及手术计划核准书	16
会诊记录	17
麻醉术前访视记录	18
麻醉记录单	20
麻醉术后访视记录单	22
护理记录单	23
危重患者护理记录单	24
术前护理评估及交接记录单	25
手术清点记录单	26
手术护理记录单	27
体温记录单	28
临时医嘱单	29
长期医嘱单	30
出院记录	31
美容皮肤科病历	32
门诊病历记录（初诊）	32
专科检查单	34
门诊病历记录（复诊）	35
光电仪器治疗记录单	36
操作治疗记录单	37
毛发移植专科检查单	38
美容牙科病历	39
门诊病历记录（初诊）	39
门诊病历记录（复诊）	42
口腔检查表	43
美容中医科病历	44
门诊病历记录（初诊）	44
门诊病历记录（复诊）	47
知情同意书	48
授权委托书	49
拒绝或放弃医学治疗告知书	50

美容外科手术知情同意书	51
美容皮肤科治疗知情同意书	53
美容中医科侵入性治疗知情同意书	55
美容牙科治疗知情同意书	57
美容牙科手术治疗知情同意书	58
植入材料使用知情同意书	60
A 型肉毒毒素注射治疗知情同意书	61
光电治疗知情同意书	63
透明质酸填充注射治疗知情同意书	65
自体毛发移植术治疗知情同意书	67
麻醉知情同意书	69
局部麻醉知情同意书	71
选用病历	73
美容外科手术风险评估表	74
美容外科住院（留观）评估单	75
美容外科疼痛评估及处置记录单	76
美容外科跌倒/坠床风险因素评估及护理措施表	77
美容外科跌倒/坠床风险护患沟通表	79
美容外科压疮风险因素评估及护理措施表	80
美容外科压疮风险护患沟通表	82
美容外科门诊/住院术后宣教单	83
病危病重通知书	84
尸体解剖告知书	86
离院评估单	87
焦虑自评量表(SAS)	88

常用病历

病历号：

[医疗美容机构名称]

医疗美容门诊病历（通用封面）

美容外科 美容皮肤科

美容牙科 美容中医科

姓名：_____ 性别：____ 出生日期：_____年__月__日

国籍：_____ 民族：_____ 婚姻：_____ 职业：_____

药物过敏史：_____ 联系电话：_____

身份证号码：_____

住址：_____

联系人：_____ 联系人电话：_____ 关系：_____

美容外科门诊病历

门诊病历记录

就诊时间：_____年____月____日____时____分

就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____

主诉（就诊意愿）：_____

现病史：_____

既往史：

外伤及手术史：无 有_____

高血压病史：无 有_____ 糖尿病史：无 有_____

心脏病史：无 有_____ 肺病史：无 有_____

肝病史：无 有_____ 肾病史：无 有_____

药物、食物过敏史：无 有（注明药物、食物名称）_____

既往与本次就诊相关医疗美容史：无 有_____

瘢痕体质：是 否

其他：_____

个人史：

烟、酒、药物嗜好无 有_____

正在服药/保健品的情况：无 有_____

月经史（女性就医者填写）：

_____ ~ _____ LMP（或绝经年龄）_____，经量（少 一般 多），痛经（无 有），经期（规则
不规则）。

婚育史：_____

是否备孕：是 否

体格检查：

体温：_____℃ 脉搏：_____次/分 呼吸：_____次/分 血压：____/____ mmHg

发育：正常 一般 不正常 营养：良好 一般 肥胖 较差

双肺呼吸音：正常 异常_____

心脏：心率 _____次/分 心律：正常 异常

心脏杂音：无 有_____

腹部：软，无压痛 有压痛_____

肝：正常 异常_____

脾：正常 异常_____

其他：_____

专科情况（可附页）：

辅助检查：无异常 异常_____

初步诊断：_____

治疗方案：_____

就医者确认签字：

医师签字：

签字时间： 年 月 日

门诊手术安全核查表

科别：_____ 就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

病历号：_____ 麻醉方式：_____ 手术方式：_____

术者：_____ 手术日期：_____

麻醉实施前	手术开始前	就医者离开手术室前
<p>就医者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>手术方式确认：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>手术部位与标识正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>手术知情同意：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>麻醉知情同意：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>麻醉方式确认：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>麻醉设备安全检查完成： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>皮肤是否完整：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>术野皮肤准备正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>静脉通道建立完成： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>患者是否有过敏史： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>抗菌药物皮试结果： 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/></p> <p>术前备血：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/></p> <p>假体□/体内植入物□/影像学资料 □</p> <p>其他：_____</p>	<p>就医者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>手术方式确认：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>手术部位与标识确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>手术、麻醉风险预警：</p> <p>手术医师陈述： 预计手术时间 <input type="checkbox"/></p> <p>预计失血量 <input type="checkbox"/></p> <p>手术关注点 <input type="checkbox"/></p> <p>其它 <input type="checkbox"/></p> <p>麻醉医师陈述： 麻醉关注点 <input type="checkbox"/></p> <p>其它 <input type="checkbox"/></p> <p>手术护士陈述： 物品灭菌合格 <input type="checkbox"/></p> <p>仪器设备 <input type="checkbox"/></p> <p>术前术中特殊用药情况 <input type="checkbox"/></p> <p>其它 <input type="checkbox"/></p> <p>是否需要相关影像资料： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>其他：_____</p>	<p>就医者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>实际手术方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>手术用药、输血的核查 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>手术用物清点正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>手术标本确认：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>皮肤是否完整：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>各种管路：</p> <p>中心静脉通路 <input type="checkbox"/></p> <p>动脉通路 <input type="checkbox"/></p> <p>气管插管 <input type="checkbox"/></p> <p>伤口引流 <input type="checkbox"/></p> <p>胃管 <input type="checkbox"/></p> <p>尿管 <input type="checkbox"/></p> <p>其他 _____ <input type="checkbox"/></p> <p>就医者去向：</p> <p>恢复室 <input type="checkbox"/></p> <p>病房 <input type="checkbox"/></p> <p>离院 <input type="checkbox"/></p> <p>其他：_____</p>
<p>手术医师签名：_____</p> <p>麻醉医师签名：_____</p> <p>手术室护士签名：_____</p>	<p>手术医师签名：_____</p> <p>麻醉医师签名：_____</p> <p>手术室护士签名：_____</p>	<p>手术医师签名：_____</p> <p>麻醉医师签名：_____</p> <p>手术室护士签名：_____</p>

美容外科住院病历

住院病历

医疗机构：_____（组织机构代码：_____）

医疗付费方式：_____ 住院病案首页

健康卡号：_____ 第_____次住院 病案号：_____

姓名 _____ 性别 1.男 2.女 出生日期_____年____月____日 年龄_____ 国籍_____

（年龄不足1周岁的）年龄_____月 新生儿出生体重_____克 新生儿入院体重_____克

出生地_____省（区、市）_____市_____县 籍贯_____省（区、市）_____市 民族_____

身份证号_____ 职业_____ 婚姻 1.未婚 2.已婚 3.丧偶 4.离婚 9.其他

现住址_____省（区、市）_____市_____县 电话_____ 邮编_____

户口地址_____省（区、市）_____市_____县 邮编_____

工作单位及地址_____ 单位电话_____ 邮编_____

联系人姓名_____ 关系_____ 地址_____ 电话_____

入院途径 1.急诊 2.门诊 3.其他医疗机构转入 9.其他

入院时间_____年____月____日____时 入院科别_____ 病房_____ 转科科别_____

出院时间_____年____月____日____时 出院科别_____ 病房_____ 实际住院_____天

门（急）诊诊断_____ 疾病编码_____

出院诊断	疾病编码	入院病情	出院诊断	疾病编码	入院病情
主要诊断：			其他诊断：		
其他诊断：					

入院病情：1.有，2.临床未确定，3.情况不明，4.无

损伤、中毒的外部原因_____ 疾病编码_____

病理诊断：_____ 疾病编码_____

_____ 病理号_____

药物过敏 1.无 2.有，过敏药物：_____ 死亡患者尸检 1.是 2.否

血型 1.A 2.B 3.O 4.AB 5.不详 6.未查 Rh 1.阴 2.阳 3.不详 4.未查

科主任 _____ 主任（副主任）医师 _____ 主治医师 _____ 住院医师 _____

责任护士 _____ 进修医师 _____ 实习医师 _____ 编码员 _____

病案质量 1. 甲 2. 乙 3. 丙 质控医师 _____ 质控护士 _____

质控日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	手术及操作医师			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师
				术者	I 助	II 助			
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		
							/		

出院方式 1. 医嘱离院 2. 医嘱转院, 拟接收医疗机构名称: _____
 3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院, 拟接收医疗机构名称: _____ 4. 非医嘱离院 5. 死亡 9. 其他

是否有出院 31 天内再住院计划 1. 无 2. 有, 目的: _____

颅脑损伤患者昏迷时间: 入院前 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟 入院后 _____ 天 _____ 小时 _____ 分钟

住院费用(元): 总费用 _____ (自付金额: _____)

1. 综合医疗服务类: (1) 一般医疗服务费: _____ (2) 一般治疗操作费: _____ (3) 护理费: _____
 (4) 其他费用: _____

2. 诊断类: (5) 病理诊断费: _____ (6) 实验室诊断费: _____ (7) 影像学诊断费: _____
 (8) 临床诊断项目费: _____

3. 治疗类: (9) 非手术治疗项目费: _____ (临床物理治疗费: _____)
 (10) 手术治疗费: _____ (麻醉费: _____ 手术费: _____)

4. 康复类: (11) 康复费: _____

5. 中医类: (12) 中医治疗费: _____

6. 西药类: (13) 西药费: _____ (抗菌药物费用: _____)

7. 中药类: (14) 中成药费: _____ (15) 中草药费: _____

8. 血液和血液制品类: (16) 血费: _____ (17) 白蛋白类制品费: _____ (18) 球蛋白类制品费: _____
 (19) 凝血因子类制品费: _____ (20) 细胞因子类制品费: _____

9. 耗材类: (21) 检查用一次性医用材料费: _____ (22) 治疗用一次性医用材料费: _____
 (23) 手术用一次性医用材料费: _____

10. 其他类: (24) 其他费: _____

说明: (一) 医疗付费方式 1. 城镇职工基本医疗保险 2. 城镇居民基本医疗保险 3. 新型农村合作医疗 4. 贫困救助 5. 商业医疗保险 6. 全公费 7. 全自费 8. 其他社会保险 9. 其他

(二) 凡可由医院信息系统提供住院费用清单的, 住院病案首页中可不填写“住院费用”。

入院记录

姓名：_____性别：__年龄：__民族：__婚姻：__职业：_____床号：__住院号：_____

出生地：_____入院日期：_____记录日期：_____病史陈述者：_____

主诉（就诊意愿）：

现病史：

既往史：

个人史：

月经及婚育史：

家族史：

体格检查

T: P: R: BP: 其他：（根据专科情况，酌情记录身高及体重等）。

一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门（必要时检查），外生殖器（必要时检查），脊柱，四肢，神经系统等。

专科检查：

辅助检查

检查日期： 检查项目： 检查结果：

初步诊断：

医师签名：

美容主诊医师签名：

术前小结及手术计划核准书

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 病历号：_____ 科室：_____ 床号：_____

术前诊断：	
拟定手术时间：	
拟定手术方式：	
手术级别： <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级	
拟定麻醉方式：	
病情摘要	
手术指征	
术中术后可能出现的并发症及预防措施	
术前准备	一般情况： <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 肝功： 心脏情况： 肾功： 肺部情况： 血常规： 配 血： ml 凝血： 其 它： 血糖： 尿常规：
参加手术人员	指导医师： 主刀医师： 医助：
审批 (一般情况下科主任审批，特殊类手术需医院负责人审批)	审批日期： 年 月 日

会诊记录

会诊类型：急会诊 普通会诊 多科会诊 外院会诊

姓名：	科室：	床号：	病历号：
就医者病情及诊疗经过：			
申请会诊理由及目的：			
被邀请会诊科室：			
		申请会诊科别：	申请会诊医师：
		申请时间：	年 月 日 时 分
会诊时间：	年 月 日 时 分		
会诊意见：			
		会诊科室：	会诊医师：
外院会诊医师所在医疗机构名称：			

麻醉术前访视记录

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 岁 科室: _____ 床位: _____ 病历号: _____

进手术室前完成以下栏位	
术前诊断:	
拟行手术:	
病 史	病史摘要: 药物/食物过敏史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____ 手术史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____ 输血史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____ 家族史: <input type="checkbox"/> 无特殊 <input type="checkbox"/> 特殊_____ 饮酒: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 酗酒 疼痛敏感性: <input type="checkbox"/> 极高 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低 安眠药物史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____ 吸烟: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有_____
目前用药: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 止痛药 <input type="checkbox"/> 抗凝血药 <input type="checkbox"/> 抗高血压药 <input type="checkbox"/> 利尿药 <input type="checkbox"/> 心脏病药 <input type="checkbox"/> 抗过敏/排斥 <input type="checkbox"/> 类固醇药物(包括中药) <input type="checkbox"/> 您或您的家人中曾有异常出血情形(如拔牙后流血不止)	
一般情况: 血压: _____ mmHg, 心率: _____ 次/分, 呼吸: _____ 次/分, 体重: _____ kg, 身高: _____ cm 营养状况: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良, 意识状态: <input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 昏睡, 张口度: <input type="checkbox"/> 1指 <input type="checkbox"/> 2指 <input type="checkbox"/> 3指, 假牙: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 活动 <input type="checkbox"/> 固定), 牙齿松动: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 吞咽: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常, 气道: Mallampati 分级: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV 脊柱: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 畸形_____	
近期呼吸系统感染: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 呼吸音: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 泌尿: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 消化: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 内分泌: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常 神经系统: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常	
相关辅助检查: Hb _____ g/L, Na _____ mmol/L, CL _____ mmol/L, K _____ mmol/L, 血糖 _____ mmol/L, Cr _____ mmol/L 凝血项目 _____ 尿常规 _____ 肺功能 _____ ECG _____ 胸片 _____ UCG _____ 其他 _____	
特殊情况:	
NYHA 心功能分级: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ASA 病情评估分级: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	

麻醉计划:

ASA 分级: I II III IV V E

拟实施麻醉方法: 全麻气管插管 椎管内麻醉 基础+局麻 不插管全麻 其它: _____

拟使用的麻醉药、剂量: _____

拟实施麻醉医师: _____

监测计划: 常规监测 (EKG、SpO₂、BP、R) PetCO₂ 有创血压 CVP BIS 漂浮导管 T TEE

术前医嘱: _____

预期麻醉后去向: PACU ICU 病房 离院 其他_____

术后镇痛: 必要 不必要 准备实施 不准备实施 特殊处理: _____

术前麻醉医师签字: _____ 时 间: _____年____月____日____时____分

Time out 时完成以下栏位

麻醉诱导前评估: 暂停操作, 按核对清单进行核对

禁食: _____小时 禁水: _____小时 术前用药: 已给 未给 肺部: 呼吸音: 正常 异常

Bp _____ mmHg HR _____ bpm SPO₂ _____ % **诱导前评估结论:** 实施麻醉 不实施麻醉

麻醉医师签字: _____ 时 间: _____年____月____日____时____分

麻醉记录单

[医疗机构名称]
麻醉记录

页码：第 页/共 页

病历号：

科别：

姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 身高 _____ cm 体重 _____ kg 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ASA分级 _____ 急诊 择期 术前禁食 (是 否) 术前特殊情况：

术前诊断 _____

拟施手术 _____

麻醉前用药 _____ 手术体位 _____

时间 (min)																						
用药及输液情况	O ₂																					
输液																						
	输血 (血型 _____)																					
出量																						
术中监测	脉搏氧饱和度																					
备注																						

请勿写过此线

- 图例
- 血 压 $\times \times$
 - 脉 搏 $\bullet \bullet$
 - 自主呼吸 $\bigcirc \bigcirc$
 - 机械通气 $\sim \sim$
 - 麻醉开始 \times
 - 置 管 \ominus
 - 拔 管 \oplus
 - 手术开始 \odot
 - 手术结束 \otimes
 - 备注：

脉搏/血压
mmHg

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

标 记

°C
40
38
36
34
32
30
28
26
24
22
20
18
16
12
10

手术方式 _____ 麻醉方式 _____

手术者 _____ 麻醉者 _____ 器械护士 _____ 巡回护士 _____

[医疗机构名称]

麻醉记录

页码: 第 _____ 页/共 _____ 页

病历号: _____

科别: _____

<input type="checkbox"/> 全身麻醉 诱导方法: <input type="checkbox"/> 快诱导 <input type="checkbox"/> 慢诱导 <input type="checkbox"/> 气管插管: <input type="checkbox"/> 气管内 <input type="checkbox"/> 支气管内 <input type="checkbox"/> 左/□右 <input type="checkbox"/> 经口/□经鼻/□经气管造口 型号: _____ 深度: _____ cm 套囊: <input type="checkbox"/> 有/□无 <input type="checkbox"/> 喉罩 型号: _____ 维持方法: _____ <input type="checkbox"/> 麻醉监护 备注: _____ _____	<input type="checkbox"/> 椎管内麻醉 <input type="checkbox"/> 腰麻 <input type="checkbox"/> 硬膜外麻醉 <input type="checkbox"/> 腰硬联合麻醉 <input type="checkbox"/> 骶麻 穿刺点 1: _____ 留置深度 _____ cm 穿刺点 2: _____ 留置深度 _____ cm 麻醉平面: _____ 药品: _____ <input type="checkbox"/> 神经阻滞 <input type="checkbox"/> 颈丛神经阻滞 浅丛 <input type="checkbox"/> 左/□右 深丛 <input type="checkbox"/> 左/□右 c <input type="checkbox"/> 臂丛神经阻滞: <input type="checkbox"/> 左/□右 <input type="checkbox"/> 肌间沟法/□腋路法/□锁骨上法 <input type="checkbox"/> 腰丛神经阻滞: <input type="checkbox"/> 左/□右 <input type="checkbox"/> 坐骨神经阻滞: <input type="checkbox"/> 左/□右 <input type="checkbox"/> 股神经阻滞: <input type="checkbox"/> 左/□右 <input type="checkbox"/> 股外侧皮神经阻滞: <input type="checkbox"/> 左/□右 药品: _____ <input type="checkbox"/> 有创操作: <input type="checkbox"/> 动脉穿刺置管 <input type="checkbox"/> 深静脉穿刺置管 <input type="checkbox"/> 其他 _____	离室 肌力恢复: <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 差 咳嗽吞咽反射: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 定向力恢复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 意识: <input type="checkbox"/> 清醒 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 麻醉状态 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 昏迷 病人自控镇痛: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 麻醉平面: _____ 备注: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 无特殊情况 <input type="checkbox"/> 有特殊情况 (具体说明)		去向 <input type="checkbox"/> PACU <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> 病房 <input type="checkbox"/> 门/急诊观察室 <input type="checkbox"/> 返家

请勿写过此线

注: “c”代表颈椎
 注1: 包括麻醉期间所有并发症、特殊事件或突发情况及处理。
 注2: 抢救时应记录参加抢救人员的姓名和职称, 抢救记录可在抢救后6h内补齐。

麻醉者 _____

麻醉术后访视记录单

科别:

病历号:

姓名:	性别:	年龄:	麻醉方法:
诊断:	实施手术名称:		
就医者一般情况:			

麻醉恢复情况（顾客离开 PACU 或手术室之前）

神志： 清楚 嗜睡 模糊 昏睡 昏迷 谵妄

清醒时间： 年 月 日 时 分

拔除气管导管： 否 是 拔除气管导管时间： 年 月 日 时 分

顾客去向： 观察室 离院 其他： _____

有无即刻麻醉并发症：

其他特殊情况及处理：

术后麻醉医嘱：

麻醉医师签名：

日期： 年 月 日 时 分

术后访视记录（术后 48 小时之内）

神志： 呼吸系统： 循环系统：

恶心呕吐（无、有及处理）：

下肢肌力： 异感： 声音嘶哑：

脊麻后头痛（无、有及处理）：

其他特殊情况及处理：

继续随访： 是 否

（以后的麻醉访视记录在病程记录上）

麻醉医师签名：

日期： 年 月 日 时 分

护理记录单

姓名: _____ 科室: _____ 床号: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 病历号: _____

诊断: _____

日期及时间	护理记录	护士签名
示例: 2019-8-12 18: 00	示例: T: P: R: BP: SPO₂: 至少包括麻醉名称、手术名称, 回病房时间, 回病房情况如生命体征、伤口、引流情况等, 必要时有疼痛评估、跌倒评估、压疮评估情况, 术后宣教等	

护士审核签字:

出院记录

科室：

病历号：

姓名：

入院日期：

性别：

出院日期：

年龄：

住院天数：

入院情况：

入院诊断：

诊疗经过：

出院诊断：

出院情况：

出院医嘱：

医师签名：

主诊医师签名：

美容皮肤科病历

初 诊

门诊病历记录（初诊）

就诊时间：_____年____月____日____时____分

就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____

主 诉（就诊意愿）：_____

现病史：_____

既往史：

外伤及手术史：无 有_____

高血压病史：无 有_____ 糖尿病史：无 有_____

心脏病史：无 有_____ 肺病史：无 有_____

肝病史：无 有_____ 肾病史：无 有_____

药物、食物过敏史：无 有（注明药物、食物名称）_____

既往与本次就诊相关医疗美容史：无 有_____

瘢痕体质：是 否

其他：_____

个人史：

目前服用药物：_____

婚育史：_____ 月经史：_____ 是否备孕：_____

专科检查：体温：_____℃ 脉搏：_____次/分 呼吸：_____次/分 血压：_____/____mmHg

（可附页）_____

辅助检查结果：（可附页）_____

诊断：_____

治疗方案：

注意事项：（可附页）

复诊计划：

就医者确认签字：

医师签字：

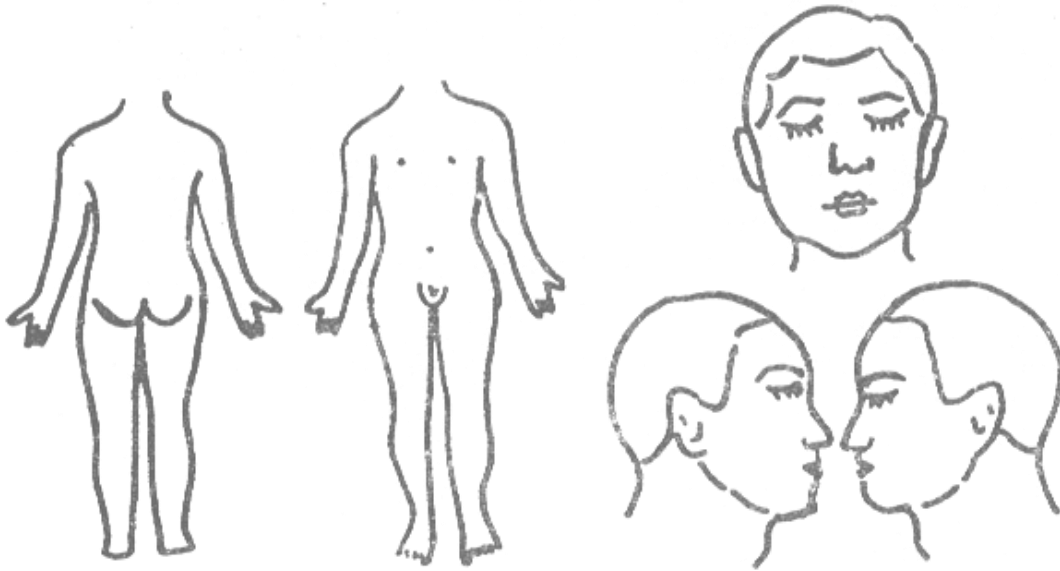
主诊医师签字：

签字时间： 年 月 日

专科检查单

就诊时间：_____年____月____日____时____分

就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____



皮肤检测/评估：_____

皮肤分型：菲茨帕特里克 I II III IV V

皮肤类型：中性 油性 干性 混合型

皮肤质地：良好 肤质不良 敏感皮肤 毛孔粗大 凹坑、不平

数码影像：

(编号/黏贴)

门诊病历记录（复诊）

复诊

就诊时间：_____年____月____日____时____分

就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____

主 诉（就诊意愿）：_____

现病史：_____

对上次治疗后评价： 满意 一般 待改进 不满意：_____

目前服用药物：_____

婚育史：_____ 月经史：_____ 是否备孕：_____

专科检查：体温：_____℃ 脉搏：_____次/分 呼吸：_____次/分 血压：_____/____mmHg

（可附页）_____

辅助检查结果：（可附页）_____

诊断：_____

治疗方案：_____

注意事项：（可附页）_____

复诊计划：_____

就医者确认签字：

医师签字：

主诊医师签字：

签字时间： 年 月 日

光电仪器治疗记录单

姓名：_____ 科室：_____ 床号：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 病历号：_____

诊断：_____ 治疗部位：_____ 麻醉方式： 表麻 局麻 无

序号	日期	仪器	治疗参数	即时反应	疗效评价	就医者签字	医师签字	备注

(即时反应： 1 灰白、2 霜白、3 瘀点、4 红斑、5 血管消失、6、血管变细、7 水肿、8 结痂、9 水疱、10 紫癜、11、其他)

操作治疗记录单

(第 次)

就医者姓名：_____ 科室：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____

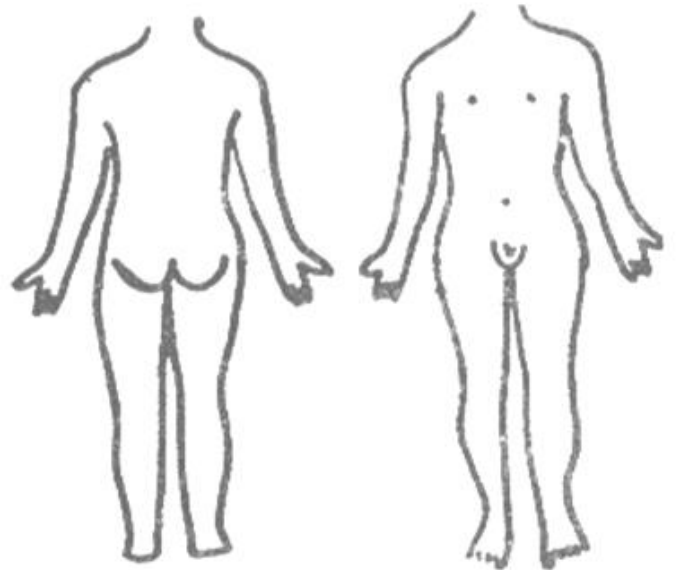
诊断：_____

治疗部位：_____ 麻醉方式：表麻 局麻 无

药品（名称，剂量等）：

仪器/器械/耗材（名称，剂量，标签黏贴）：

治疗过程：



医师签字：_____

治疗日期：_____

毛发移植专科检查单

就诊时间：_____年____月____日

就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____

头发直径：头顶毛干____um 枕部毛干____um

脱发（秃发）检查情况：

发际线：正常 上移 后退 稀疏 消失

额颞角：正常 稀疏 后退

顶部：正常 稀疏 秃发

枕部：正常 稀疏 毛发细软 卷曲

疤痕（部位、数量、面积）_____

斑秃（部位、数量、面积）_____

全秃 普秃

面部毛发检查情况： 眉毛 正常 稀疏 消失

睫毛 正常 稀疏 消失

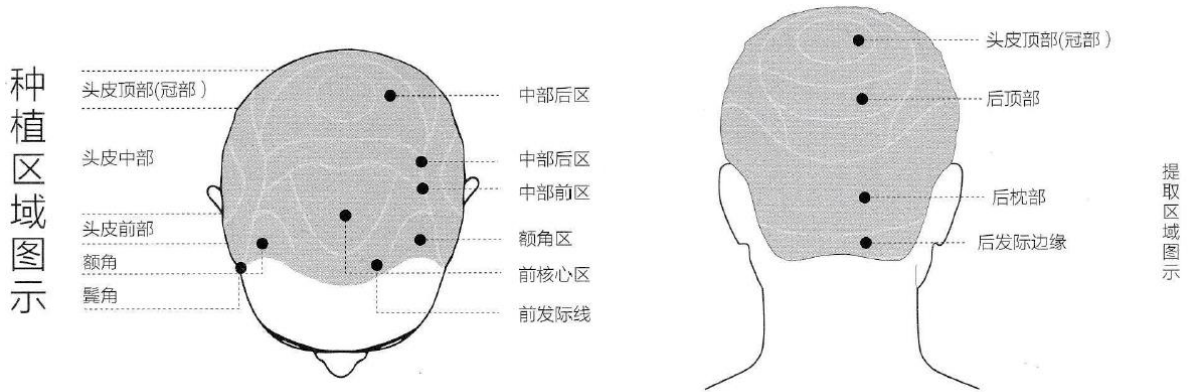
鬓角、胡须 正常 稀疏 消失

上下唇 正常 稀疏 消失

隐私部位： 阴毛 正常 稀疏 消失

腋毛 正常 稀疏 消失

根据患者脱发情况，绘制出发际线图形及种植区域



数码影像：

(编号/黏贴)

医师：

年 月 日

美容牙科病历

门诊病历记录（初诊）

初诊

就诊时间：_____年___月___日___时___分
就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____
主 诉（就诊意愿）：_____

现病史：_____

既往史：

外伤/手术史： 无 有 _____ 高血压病史： 无 有 _____
心脏病史： 无 有 _____ 糖尿病史： 无 有 _____
肝病 史： 无 有 _____ 肺 病 史： 无 有 _____
肾 病 史： 无 有 _____ 血液疾病： 无 有 _____
传染病史： 无 有 _____ 家族遗传史： 无 有 _____
过 敏 史： 无 有（注明药物、食物名称） _____
目前服用药物： 无 有 _____

月经史：_____ 婚育史：_____ 是否备孕： 是 否

牙科病史

缺牙史 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 原因 龋 齿 <input type="checkbox"/> 外 伤 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 牙列不齐 <input type="checkbox"/> 牙周疾病 <input type="checkbox"/>	充填治疗史 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 材料： 银汞 <input type="checkbox"/> 玻璃离子 <input type="checkbox"/> 树脂 <input type="checkbox"/> 最近一次充填治疗日期：_____
牙周病治疗史 牙周手术 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 咬合调整 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	修复治疗史 义 齿 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> RPD <input type="checkbox"/> 部位：_____ 佩戴时间：_____ FPD <input type="checkbox"/> 部位：_____ 佩戴时间：_____ 是否有使用困难或不舒适的经历 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 缺牙但不修复的原因：_____
预防治疗史 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 周期：每 ___月/___年 上次预防治疗距今 ___月/___年	正畸治疗 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 时间 ___年~___年
口腔卫生宣教 是否接受过口腔卫生宣教 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是否做过菌斑染色 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	治疗意见： _____
个人习惯 刷牙：_____次/天_____分钟/次 牙线：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 漱口水：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 夜磨牙：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 吸烟：烟龄 _____年 _____支/天	

以上内容经就医者本人确认，真实有效，完全符合本人真实情况。如有变化，及时告知医生。

签字确认：_____ 签字时间：_____年___月___日___时___分

专科检查：（可附页）

治疗前口内数码照片□

编号：_____

辅助检查：

影像学检查： 小牙片 全景片 CBCT

血常规：_____ 凝血功能：_____

肝炎病毒：_____ 梅毒：_____ HIV：_____

其他：（可附页）_____

诊断： _____

治疗方案：

以上情况患者知情同意，并选择方案 _____

就医者意见： _____

就医者签字： _____

签字时间： _____年__月__日__时__分

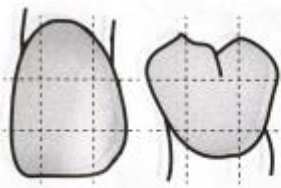
就医者授权亲属签字： _____关系： _____

签字时间： _____年__月__日__时__分

主诊医生签字： _____

签字时间： _____年__月__日__时__分

比色

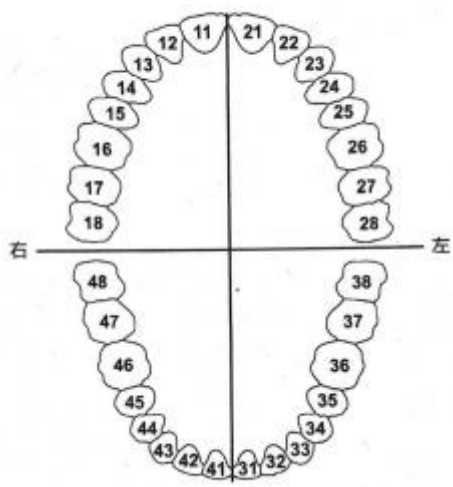


照片: 有 无
 牙龈色: _____
 基牙颜色: _____
 修复体颜色: _____

处置: _____

备注:

牙位 单冠 桥



设计

医嘱: _____

主诊医生签字:

日期: 年 月 日

门诊病历记录（复诊）

复诊

就诊时间：_____年____月____日____时____分

就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____

主 诉（就诊意愿）：_____

现病史：_____

既往史：_____

专科检查：（可附页） 口内数码照片 （ 治疗中 治疗后 ） 编号：_____

辅助检查：（可附页）治疗后影像学检查： 小牙片 全景片 CBCT

诊断：_____

处置：_____

医嘱：_____

复诊医生签字：

日期： 年 月 日

口腔检查表

就诊时间：_____年____月____日____时____分

就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____

牙齿检查：（牙齿编号标注对应情况）

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- 1 龋齿 2 根尖周炎 3 残根/残冠 4 松动牙 5 缺失牙 6 阻生齿
 F 已充填 C 冠修复 I 种植体

1. 口腔卫生情况	<input type="checkbox"/> 好	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 较差	<input type="checkbox"/> 极差
2. 牙结石	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> I 度	<input type="checkbox"/> II 度	<input type="checkbox"/> III 度
3. 色素	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 较少	<input type="checkbox"/> 较多	
4. 牙龈牙周				
5. 咬合关系				
6. 唇舌及系带				
7. 面部形态				

诊断：_____

治疗建议：_____

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 口腔卫生指导 | <input type="checkbox"/> 洁牙 | <input type="checkbox"/> 氟保护 | <input type="checkbox"/> 窝沟封闭 |
| <input type="checkbox"/> 充填治疗（补牙） | <input type="checkbox"/> 根管治疗 | <input type="checkbox"/> 冠修复 | <input type="checkbox"/> 牙齿矫正 |

医生签字：_____ 日期：_____年____月____日

美容中医科病历

门诊病历记录（初诊）

初诊

就诊时间：_____年____月____日____时____分

就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____

主 诉（就诊意愿）：_____

现病史：_____

既往史：

外伤及手术史：无 有_____

高血压病史：无 有_____ 糖尿病史：无 有_____

心脏病史：无 有_____ 肺病史：无 有_____

肝病史：无 有_____ 肾病史：无 有_____

药物、食物过敏史：无 有（注明药物、食物名称）_____

既往与本次就诊相关医疗美容史：无 有_____

瘢痕体质：是 否

其他：_____

个人史：

烟酒嗜好：无 有：

饮食偏嗜：无 有：（生冷 甜 辣 肥甘厚腻 其它：_____）

药物、保健品服用情况：

家族史：

无 有 家族遗传病史：_____

月经史：

月经周期：（正常 先期 后期 先后无定期） 经量：（正常 少 多）

经色：（鲜红 淡红 黯红） 血块：（无 有） 痛经：（无 有）

婚姻史：

未婚 已婚 离异 丧偶

生育史：

无 有： 子 女，生育时间：_____

治疗期间是否备孕：否 是

中医四诊：

望诊：面色：正常 异常：_____

皮损：_____（部位：_____ 面积：_____cm²）

体形: 正常 异常: _____

舌诊: _____

闻诊: 声息: 正常 异常: _____

气味: 正常 异常: _____

问诊: 寒热: 正常 异常: _____

出汗: 正常 异常: _____

饮食: 正常 异常: _____

睡眠: 正常 异常: _____

口渴: 无 有: _____

二便: 小便: 正常 异常: _____

大便: 正常 异常: _____

白带: 正常 异常: _____

情绪: 正常 异常: _____

其它: _____

脉诊:

中医体质分型: 平和质 气虚质 阳虚质 阴虚质 痰湿质

湿热质 血瘀质 气郁质 特禀质

专科情况:

(1) 皮肤情况:

皮肤类型: 中性 干性 油性 混合性

皮肤色素: P0 无色素沉着 P1 轻度色素沉着 P2 中度色素沉着 P3 重度色素沉着

皮肤敏感: S0 不敏感 S1 轻度敏感 S2 中度敏感 S3 高度敏感

皮肤皱纹: W0 无皱纹 W1 轻度皱纹 W2 中度皱纹 W3 明显皱纹

皮肤日光反应: SR0 日光反应弱 SR1 易晒红 SR2 易晒红和晒黑 SR3 易晒黑

化妆品使用情况: _____

(2) 形体情况

身高: _____cm 体重: _____kg BMI: _____

胸围: _____cm 腰围: _____cm 臀围: _____cm

大腿: _____cm 小腿: _____cm 手臂: _____cm

辅助检查: _____

诊断:

中医诊断：辨病： _____

辨证： _____

西医诊断： _____

治疗方案： _____

注意事项： _____

就医者确认签字：

医师签字：

签字时间： 年 月 日

门诊病历记录（复诊）

复诊

复诊时间：_____年____月____日____时____分

就医者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 病历号：_____

主诉（就诊意愿）：_____

病情变化：_____

对上次治疗后的疗效评价：满意 般 待改进 不满意：

目前服用药物：_____

婚育史：_____ 月经史：_____ 是否备孕：否 是

治疗方案：_____

注意事项：_____

就医者确认签字：

医师签字：

签字时间： 年 月 日

知情同意书

授权委托书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
--------	-----	-------	------

尊敬的就医者及家属：

依照《中华人民共和国侵权责任法》（中华人民共和国主席令 第二十一号）第五十五条规定“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代治疗方案等情况，并取得其书面同意”和《病历书写基本规范（试行）》第十条规定：“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书；患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可有医疗机构负责人或授权的负责人签字。”为切实保障患者的知情同意权和实施保护性医疗措施，敬请你们根据自己的实际情况，慎重考虑，选择确定作为患者病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

上述告知内容本人已充分了解，经慎重考虑，我确定：

由本人作为病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

就医者签名：_____ 签字时间：____年__月__日__时__分

授权_____作为本人病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并全权代表本人签署各项医疗活动同意书，被授权人的签字视同本人的签字。

就医者签名：_____ 签字时间：____年__月__日__时__分

本人接受就医者_____的委托，同意代理行使该就医者医院医疗期间知情同意权和选择权，并签署各项医疗活动同意书。

被授权人签名：_____与就医者关系：_____联系电话：_____

身份证号码：_____ 签字时间：____年__月__日__时__分

上述告知内容本人已充分了解，因就医者_____目前处于_____状态，不具备完全民事行为能力，作为其法定代理人，有权作为就医者在医院医疗期间的病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者，并签署各项医疗活动同意书。

法定代理人签名：_____与就医者关系：_____联系电话：_____

身份证号码：_____ 签字时间：____年__月__日__时__分

拒绝或放弃医学治疗告知书

就医者姓名:	性别:	年龄: 岁	病历号:
<p>尊敬的就医者、就医者家属（法定监护人、授权委托人）：</p> <p>根据就医者目前的疾病状况，医生认为应当接受治疗，并建议就医者接受适当的医疗措施。</p> <p>但是就医者现在拒绝或者放弃我院医护人员建议的以下医疗措施：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>特此告知可能出现的后果，请就医者、就医者家属（法定监护人、授权委托人）认真斟酌后决定。</p> <p>1. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能导致病情反复甚至加重，从而为以后的诊断和治疗增加困难，甚至使原有疾病无法治愈或者使患者丧失最佳治疗时机，也有可能促进或者导致患者死亡；</p> <p>2. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，有可能出现各种感染或使原有的感染加重、伤口延迟愈合、疼痛等各种症状加重或症状持续时间延长，增加就医者的痛苦，甚至可能导致不良后果；</p> <p>3. 拒绝或放弃医学治疗，在我院原有的治疗中断，患者有可能会出现某一个或者多个器官功能减退、部分功能甚或全部功能的丧失，有可能诱发就医者出现出血、休克、其他疾病和症状，甚至产生不良后果；</p> <p>4. 拒绝或放弃医学治疗有可能导致原有的医疗花费失去应有的作用；</p> <p>5. 拒绝或放弃医学治疗有可能增加其他不可预料的风险及不良后果。</p>			
<p>就医者、就医者家属（法定监护人、授权委托人）意见：</p> <p>我（或是就医者的监护人）已年满 18 周岁且具有完全民事行为能力，我拒绝或放弃医院对我的医学治疗服务。医护人员已经向我解释了接受医疗措施对我的疾病治疗的重要性和必要性，并且已将拒绝或者放弃医学治疗的风险及后果向我作了详细的告知。我仍然坚持拒绝或放弃医学治疗。</p> <p>我自愿承担拒绝或放弃医学治疗所带来的风险和不良后果。我拒绝或放弃医学治疗产生的不良后果与医院及医护人员无关。</p> <p>就医者签名_____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分</p> <p>如果就医者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：</p> <p>就医者授权亲属签名_____与就医者关系_____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分</p>			
<p>医护人员陈述：</p> <p>我已经将患者继续接受医学治疗的重要性和必要性以及拒绝或者放弃治疗的风险及后果向患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人告知，并且解答了关于拒绝或者放弃治疗的相关问题。</p> <p>医护人员签名_____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分</p>			

美容外科手术知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
治疗建议和介绍 <p>医生已告知我需要在_____麻醉下进行_____术。医生已告知我，可供选择的其他治疗方法有_____等，通过医师介绍，我已了解上述方法的优缺点，我最终选择的治疗方案为：_____。</p> <p>手术介绍：_____</p>			
手术潜在风险和对策 <p>医生告知我医疗美容手术可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。</p> <p>1. 有关手术的情况：</p> <p>(1) 我理解由于个人审美观点不同和现行医疗水平所限，手术效果不一定能完全满足就医者要求；</p> <p>(2) 我理解我应严格遵医嘱治疗，若出现异常反应，应及时到医院就诊，以便进一步处理；</p> <p>(3) 我理解术后手术部位肿胀有一定的恢复期，根据个人年龄、体质、手术部位和手术类型的不同，恢复时间长短不一样；</p> <p>(4) 我理解如有精神异常病史、瘢痕增生、出血倾向、药物过敏等不宜手术的情况，术前应如实告诉医师；</p> <p>(5) 我理解人体的两侧并不完全相同，因此手术也不能使两侧完全对称或一致。</p> <p>2. 我理解手术是一种创伤性的治疗手段，具有一定风险，实施本医疗方案可能发生的医疗意外及并发症包括但不限于：</p> <p>(1) 出血：伤口及创面出血、血肿，可能需再次手术进行止血，清除血肿等。</p> <p>(2) 感染：伤口可因感染而致瘢痕增生，正常皮肤也可因感染和切开引流形成新的皮肤瘢痕。</p> <p>(3) 瘢痕：术后必定会留下手术切口和手术部位瘢痕。瘢痕增生的程度和个人体质、手术部位、年龄等多种因素密切相关，而非手术医师能够人为控制和预测。</p> <p>(4) 手术中采用的各种组织代用品，可能出现排异反应，与手术本身无关，需取出假体或再次手术。</p> <p>(5) 可能出现局部皮肤的色素沉着或色素脱失。</p> <p>(6) 任何手术麻醉都存在风险。任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。</p> <p>特殊风险或主要高危因素</p> <p>我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。</p>			
就医者知情选择 <ul style="list-style-type: none">● 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的			

其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒一切后果自负。

就医者签署意见：_____ 就医者签名：_____

身份证号：_____ 签字时间____年____月____日____时____分

如果就医者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患方意见：_____ 就医者授权亲属签名：_____

与就医者关系：_____ 签字时间____年____月____日____时____分

医生陈述

我已经告知就医者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了就医者关于此次手术的相关问题。

医生签名：_____ 签字时间____年____月____日____时____分

美容皮肤科治疗知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
--------	-----	-------	------

治疗建议和介绍

医生已告知我因_____，需要在_____麻醉下进行治疗。

我的医师已告知我，可供选择的其他治疗方法有_____等，通过医师介绍，我已了解上述方法的优缺点，我最终选择的治疗方案为：_____。

预期效果：治愈/改善疾病。

治疗潜在风险和对策

医生告知我_____治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括_____严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此治疗可能发生的风险及局限性：_____
4. 我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：_____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

就医者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒后果自负。

就医者签署意见：_____ 就医者签名：_____

身份证号：_____ 签字时间____年____月____日____时____分

如果就医者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患方意见：_____ 就医者授权亲属签名：_____

与就医者关系：_____ 签字时间____年____月____日____时____分

医生陈述

我已经告知就医者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了就医者关于此次治疗的相关问题。

医生签名：_____

签字时间____年____月____日____时____分

美容中医科侵入性治疗知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
治疗建议和介绍 医生已告知我因_____，需要在_____麻醉下进行_____。 我的医师已告知我，可供选择的其他治疗方法有_____等，通过医师介绍，我已了解上述方法的优缺点，我最终选择的治疗方案为：_____。			
治疗简介 _____ _____			
治疗禁忌症 医生告知我应如实将自己的既往病史告诉医生，以便医生正确判断和治疗。尤其若有下列疾病：严重精神异常、心理障碍、人格障碍、重要脏器功能不全、严重血液病、全身性或手术部位感染、严重高血压、心脑血管和肝肾疾病、使用抗凝药物、大剂量激素等药物一般以不手术。若隐瞒病史，由此出现的不良后果，有就医者负责。			
手术潜在风险和对策 医生告知我医疗美容治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。 正常反应：局部出现红、肿、热、痛等无菌性炎症反应。施术后患处局部温度也许会升高。极少数患者可有全身反应，如体温上升，一般约在 38 度左右，局部无感染现象，持续 2—4 天后体温恢复正常。 异常反应：少数患者伤口感染，一般在治疗后 3—4 天出现局部红肿，疼痛加剧，伴有发热，应局部热敷及口服消炎药进行抗感染处理。			
特殊风险或主要高危因素 我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险： _____ _____ _____			
一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。			
就医者知情选择 <ul style="list-style-type: none">● 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。● 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。● 我理解我的操作需要多位医生共同进行。			

- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒后果自负。

就医者签署意见： _____

就医者签名： _____

身份证号： _____

签字时间____年____月____日____时____分

如果就医者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患方意见： _____

就医者授权亲属签名： _____

与就医者关系： _____

签字时间____年____月____日____时____分

医生陈述

我已经告知就医者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、可能存在的其它治疗方法并且解答了就医者关于此次治疗的相关问题。

医生签名： _____

签字时间____年____月____日____时____分

美容牙科治疗知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
治疗建议和介绍 医生已告知我因_____，需要进行_____系统治疗。 治疗需要采取的措施及不可预见的问题：			
治疗潜在风险和对策： _____ _____			
特殊风险或主要高危因素： _____ _____ _____			
就医者知情选择 <ul style="list-style-type: none">● 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。● 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。● 我理解我的操作需要多位医生共同进行。● 我并未得到操作百分之百成功的许诺。● 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。● 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒后果自负。			
就医者签署意见： _____		就医者签名： _____	
身份证号： _____		签字时间____年____月____日____时____分	
如果就医者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：			
患方意见： _____		就医者授权亲属签名： _____	
与就医者关系： _____		签字时间____年____月____日____时____分	
医生陈述 我已经告知就医者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、可能存在的其它治疗方法并且解答了就医者关于此次治疗的相关问题。			
医生签名： _____		签字时间____年____月____日____时____分	

美容牙科手术治疗知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
--------	-----	-------	------

治疗建议和介绍

医生已告知我患有_____，需要在_____麻醉下进行_____治疗。

治疗目的及预期效果：

手术潜在风险和对策

医生告知我口腔科治疗可能发生的一些风险，并与我的医生讨论过有关治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。
3. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策：
本例手术的风险和注意事项是（书写编号）：_____
4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。
5. 我理解术后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：_____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

就医者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒后果自负。

就医者签署意见：_____ 就医者签名：_____

身份证号：_____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分

如果就医者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患方意见：_____

就医者授权亲属签名：_____

与就医者关系：_____

签字时间____年____月____日____时____分

医生陈述

我已经告知就医者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了就医者关于此次治疗的相关问题。

医生签名：_____

签字时间____年____月____日____时____分

植入材料使用知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：	
治疗介绍及建议：				
临床诊断： _____				
拟手术名称： _____				
拟植入材料信息				
序号	植入性材料名称	规格型号	生厂厂家	数量
潜在风险和对策：				
<p>根据您的病情，您需要进行上述手术治疗。该手术是一种有效的治疗手段，一般来说，手术和麻醉是相对安全的，但由于该手术具有创伤性和风险性，并因个体差异及某些不可预料的因素，植入物植入体内后可能出现以下情况。现告知如下，包括但不限于以下内容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 排斥反应：机体对植入物出现排异现象； 2. 植入失败：因为术中意外或就医者个体异常导致无法按计划植入。 3. 植入物移位：因植入体在人体是一个异物或因就医者个体因素导致植入物移位； 4. 术后出血、感染； 5. 植入物破损、断裂； 6. 其他 _____ 				
就医者知情选择				
<p>就医者本人及家属已经清楚了解植入材料的使用目的、性能等相关情况及本同意书全部内容的含义。经手术医师以通俗的语言详细解释了该植入材料可能带来的风险何并发症，经慎重考虑，决定同意和接受该植入材料。由于目前科技水平有限，植入材料的性能仍未能达到绝对安全的完美境界，请就医者本人和家属认真阅读以上各项内容，慎重选择并签字（家属未能签字者，请就医者本人注明家属意见并承担相关责任）。</p> <p>就医者或其授权亲属意见：本人对上述情况已完全理解， _____ 植入。（请填同意或不同意）</p> <p>就医者或其授权亲属签字： _____ 与就医者关系： _____</p> <p style="text-align: right;">签字时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分</p>				
医师陈述：				
<p>我已告知就医者将要植入的材料的厂家、名称及型号，并解答了就医者关于该植入假体可能出现的相关问题。</p> <p>医师签名： _____ 签字时间 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分</p>				

A 型肉毒毒素注射治疗知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
治疗建议和介绍 <p>医生已告知我因_____需局部注射 A 型肉毒毒素进行治疗。</p> <p>治疗所选药物品牌：_____</p> <p>注射剂量总计：_____单位 注射部位：_____。</p> <p>医生已告知我，可供选择的其他治疗方法有_____等，通过医师介绍，我已了解上述方法的优缺点，我最终选择的治疗方案为：_____。</p> <p>肉毒素是肉毒杆菌产生的毒素，是一种神经毒素，原先用于治疗面部肌肉痉挛和其他肌肉运动紊乱症，用它来麻痹肌肉神经，以达到停止肌肉痉挛的目的，后来被应用于医学美容。肉毒素可以阻断神经与肌肉间的神经冲动，使过度收缩的小肌肉放松，进而达到除皱的效果。或者是利用其可以暂时麻痹肌肉的特性，使肌肉因失去功能而萎缩，来达到雕塑线条的目的。</p>			
治疗潜在风险和对策 <p>医生告知我 A 型肉毒毒素注射治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。</p> <ol style="list-style-type: none">1. 如果我是严重过敏体质者、心理障碍、注射部位皮肤感染、心血管等重要脏器疾病、重症肌无力者、孕妇等情况，我将如实告知医师，将禁用此药物。2. 如果我正在服用_____药物，我应如实告诉医生，以便医生判断。3. 我理解注射后疗效通常为 4~6 个月，若想保持疗效，需重复使用。4. 我理解注射后局部可能会有轻度肿胀、瘀斑，极个别可能会出现局部皮肤红疹，但短期内会消失。5. 我理解中上面部除皱注射后可能有眉形改变、眉下垂、暂时性上睑下垂甚至表情改变等风险；咬肌注射后会有肌力减弱和咀嚼费力的感觉，上述情况均会随药力的减弱而逐渐消失。6. 我理解氨基糖苷类抗生素能加强肉毒毒素的作用，因此注射后半年内应禁止使用该类抗生素。7. 我理解应严格遵照医嘱，若有异常反应，应尽快联系医院，以便及时处理。			
特殊风险或主要高危因素 <p>我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。			
就医者知情选择 <ul style="list-style-type: none">● 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。● 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。● 我理解我的操作需要多位医生共同进行。● 我并未得到操作百分之百成功的许诺。● 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。● 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒后果自负。			

就医者签署意见： _____

就医者签名： _____

身份证号： _____

签字时间____年____月____日____时____分

如果就医者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患方意见： _____

就医者授权亲属签名： _____

与就医者关系： _____

签字时间____年____月____日____时____分

医生陈述

我已经告知就医者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、可能存在的其它治疗方法并且解答了就医者关于此次治疗的相关问题。

医生签名： _____

签字时间____年____月____日____时____分

光电治疗知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
治疗建议和介绍 医生已告知我因_____可进行光电/激光美容治疗。 治疗所选光电/激光仪器为：_____			
治疗潜在风险和对策 医生告知我光电/激光美容治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的适应症、使用仪器及使用参数根据不同就医者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我激光美容的方式的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。 1. 有关光电/激光美容治疗的情况： (1) 我理解由于个人审美观点不同和现行医疗水平所限，光电/激光美容治疗效果不一定能完全满足患者要求； (2) 我理解我应严格遵守医嘱治疗，若出现异常反应，应及时到医院就诊，以便进一步处理； (3) 我理解光电/激光治疗后治疗部位有红斑、水肿、出血、紫癜、表皮气化等，根据个人年龄、体质、激光脱毛术部位和激光脱毛术类型的不同，恢复时间长短不一样； (4) 我理解如有精神异常病史、药物过敏、有慢性疾病如心血管病、糖尿病、性病，出血倾向、服用抗凝药及光敏药物，单纯疱疹病史，对紫外线过敏和疤痕体质者等不宜进行激光美容治疗的情况，治疗前应如实告诉医师； 2. 我理解光电/激光美容治疗是一种微创性的治疗手段，具有一定风险，实施本医疗方案可能发生的医疗意外及并发症包括但不限于： (1) 局部感染：见于治疗后护理不当、伴有其他疾病者。 (2) 局部红肿，糜烂渗出，水疱形成和瘙痒感 (3) 瘢痕：见于创面感染、治疗后护理不当或疤痕体质者。 (4) 轻度疼痛：几乎所有治疗都可能不同程度的疼痛感，但都能够忍受。 (5) 色素沉着，色素减退或脱失。 (6) 眉毛、睫毛部分脱落或稀少：见于部分文眉、文眼线患者治疗后。 (7) 皮肤颜色发生变化：见于文眉和文身。 (8) 疗效较慢或不确切：如除皱嫩肤和痤疮疤痕治疗时可发生疗效较慢或不确切。 (9) 病变复发：见于部分雀斑，咖啡斑，色素痣等。 (10) 出血：多见于血管性疾病治疗后。 (11) 过敏：多见于文眉和文身的治疗。 特殊风险或主要高危因素 我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险： _____ _____ _____ 一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。			
就医者知情选择			

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒后果自负。

就医者签署意见：_____

就医者签名：_____

身份证号：_____

签字时间____年____月____日____时____分

如果就医者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患方意见：_____

就医者授权亲属签名：_____

与就医者关系：_____

签字时间____年____月____日____时____分

医生陈述

我已经告知就医者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、可能存在的其它治疗方法并且解答了就医者关于此次治疗的相关问题。

医生签名：_____

签字时间____年____月____日____时____分

透明质酸填充注射治疗知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
治疗建议和介绍			
医生已告知我因_____需局部注射透明质酸进行治疗。			
治疗所选产品名称：_____			
注射量总计：_____ml 注射部位：_____。			
医生已告知我，可供选择的其他治疗方法有_____等，通过医师介绍，我已了解上述方法的优缺点，我最终选择的治疗方案为：_____。			
透明质酸也叫玻尿酸，是一种酸性粘多糖，是生物共有的组织成分，可以从体内吸收十到百倍的水分，然后在体内会慢慢分解消逝。可以应用于面部整形中的除皱、填充、提升。			
治疗潜在风险和对策			
医生告知我注射治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。			
1. 如果我是严重过敏体质者、心理障碍、注射部位皮肤感染、心血管等重要脏器疾病、孕妇等情况，我将如实告知医师，将禁用此药物。			
2. 如果我正在服用_____药物，或吸烟我应如实告诉医生，以便医生判断。			
3. 如果我在即将注射的部位曾注射过永久性填充剂，或 6~12 个月前曾注射过非永久性填充剂，我应如实告诉医生，以便医生判断。			
4. 我理解注射后疗效通常约为_____个月，如果您希望保持填充效果，可以在治疗效果消失后再次接受注射。			
5. 我理解注射后注射部位局部可能出现发红、肿胀、触痛和硬结等炎症反应，上述反应可能会在注射后短期内出现，也可能延迟到注射后 2~4 周出现。但上述症状多为轻度至中度，是自限性的，平均持续时间为 2 周。反应明显者也可能出现感染。			
6. 我理解个别就医者因注射方法或个体差异因素，注射部位的局部组织可能发生色素沉着、坏死、肉芽肿面部浮肿、荨麻疹等不良反应，罕见出现短暂的失明现象。			
7. 我理解治疗后 2 周内须小心不要按压到治疗区域，避免导致透明质酸的移位。			
8. 我理解应严格遵照医嘱，若有异常反应，应尽快联系医院，以便及时处理。			
特殊风险或主要高危因素			
我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：			

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。			
就医者知情选择			
● 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。			
● 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。			

- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒后果自负。

就医者签署意见： _____

就医者签名： _____

身份证号： _____

签字时间____年____月____日____时____分

如果就医者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患方意见： _____

就医者授权亲属签名： _____

与就医者关系： _____

签字时间____年____月____日____时____分

医生陈述

我已经告知就医者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、可能存在的其它治疗方法并且解答了就医者关于此次治疗的相关问题。

医生签名： _____

签字时间____年____月____日____时____分

自体毛发移植术治疗知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
治疗建议和介绍 <p>医生已告知我因_____可进行自体毛发移植术。 我的医师已告知我，自体毛发移植手术是一项集美容、治疗为一体的显微微创手术。 可供选择的其他治疗方法有_____等，通过医师介绍，我已了解上述方法的优缺点，我最终选择的治疗方案为自体毛发移植术。</p>			
治疗潜在风险和对策 <p>医生告知我自体毛发移植术治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的自体毛发移植术方式根据不同就医者的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我自体毛发移植术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。</p> <ol style="list-style-type: none">1. 治疗前我明确告知医生<ol style="list-style-type: none">(1) 我未处于经期、怀孕或哺乳期，且近期无备孕计划。(2) 我无严重多发性过敏反应也非过敏体质，或对本次治疗产品、药品有过敏史。(3) 我无心、肺、肝、肾等疾病，严重血液病（使用抗凝剂者有凝血、止血功能异常），我无凝血功能障碍，无糖尿病及其他慢性皮肤病史。(4) 我无面瘫、癫痫类、脑出血、脑梗塞神经性疾病、无重症肌无力病史，无精神（心理）疾病或障碍。(5) 我无皮肤癌或癌前病变者；(6) 我没有发生过增生性瘢痕或瘢痕疙瘩等病理性瘢痕（瘢痕体质）；(7) 我未患有无自身免疫性疾病（例如：风湿，红斑狼疮，白癜风、银屑病、艾滋病等）。(8) 我在治疗区域无局部植入物如美容材料等。(9) 我在治疗区域无活动性细菌、病毒和真菌感染；无治疗部位感染、开放性伤口、红肿、溃疡、各类炎症等。2. 有关自体毛发移植术治疗的情况：<ol style="list-style-type: none">(1) 我理解由于个人审美观点不同和现行医疗水平所限，自体毛发移植术治疗效果不一定能完全满足就医者要求；(2) 我理解我应严格遵医嘱治疗，若出现异常反应，应及时到医院就诊，以便进一步处理；(3) 我理解术后手术部位肿胀有一定的恢复期，根据个人年龄、体质、手术部位和手术类型不同，恢复时间长短不一；(4) 我理解如有精神异常病史、药物过敏、有慢性疾病如心血管病、糖尿病、性病，出血倾向、服用抗凝药及光敏药物，对紫外线过敏和瘢痕体质者等不宜进行自体毛发移植术的情况，治疗前应如实告诉医师；3. 我理解自体毛发移植术是一种微创性的治疗手段，具有一定风险，实施本医疗方案可能发生的医疗意外及并发症包括但不限于：<ol style="list-style-type: none">(1) 局部感染：见于治疗后护理不当、伴有其他疾病者。(2) 局部红肿，糜烂渗出，水疱形成和瘙痒感。(3) 瘢痕：见于创面感染、治疗后护理不当或瘢痕体质者。(4) 可能出现局部皮肤的色素沉着或色素脱失。(5) 轻度疼痛：几乎所有治疗都可能有不同程度的疼痛感，但都能够忍受。4. 我理解由于个人审美观点不同和现行医疗水平所限，自体毛发移植术效果不一定能完全满足就医者要求。			

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

就医者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒后果自负。

就医者签署意见： _____

就医者签名： _____

身份证号： _____

签字时间 ____年 ____月 ____日 ____时 ____分

如果就医者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患方意见： _____

就医者授权亲属签名： _____

与就医者关系： _____

签字时间 ____年 ____月 ____日 ____时 ____分

医生陈述

我已经告知就医者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、可能存在的其它治疗方法并且解答了就医者关于此次治疗的相关问题。

医生签名： _____

签字时间 ____年 ____月 ____日 ____时 ____分

麻醉知情同意书

就医者姓名:	性别:	年龄: 岁	病历号:
--------	-----	-------	------

治疗建议和介绍

医生已告知我患有_____，需要接受麻醉。

1. 麻醉作用的产生主要是利用麻醉药使中枢神经系统或神经系统中某些部位受到抑制的结果。临床麻醉的主要任务是:消除手术疼痛,监测和调控生理功能,保障患者安全,并为手术创造条件。手术是治疗外科疾病的有效方法,但手术引起的创伤和失血可使患者的生理功能处于应激状态;各种麻醉方法和药物对患者的生理功能都有一定影响;外科疾病本身所引起的病理生理改变,以及并存的非外科疾病所导致的器官功能损害等,都是围手术期潜在的危险因素。麻醉的风险性与手术大小并非完全一致,复杂的手术固然可使麻醉的风险性增加,而有时手术并非很复杂,但由于患者的病情和并存疾病的影响,可为麻醉带来更大的风险。

2. 为了保证我手术时无痛和医疗安全,手术需要在麻醉和严密监测条件下进行。我有权选择适合我的麻醉方法,但根据我的病情和手术需要,麻醉医师建议我选择以下麻醉方法,必要时允许改变麻醉方式。

全身麻醉; 全麻+硬膜外麻醉; 椎管内麻醉; 神经阻滞; 局部麻醉+强化; 其它

3. 为了我的手术安全,麻醉医师将严格遵循麻醉操作规范和用药原则;在我手术麻醉期间,麻醉医师始终在现场严密监测我的生命体征,并履行医师职责,对异常情况及时进行治疗和处理。但任何麻醉方法都存在一定风险性,根据目前技术水平尚难以完全避免发生一些医疗意外或并发症。如合并其它疾病,麻醉可诱发或加重已有症状,相关并发症和麻醉风险性也显著增加。

4. 为了减轻我术后疼痛,促进康复,麻醉医师向我介绍了术后疼痛治疗的优点、方法和可能引起的意外与并发症,建议我进行术后疼痛治疗。并告知是自愿选择和自费项目。

5. 其他:

麻醉潜在风险和对策

(一) 麻醉医师已对我的病情、病史进行了详细询问。我对麻醉医师所告知的、因受医学科学技术条件限制、目前尚难以完全避免的麻醉意外和并发症表示理解。相信麻醉医师会采取积极有效措施加以避免。如果发生紧急情况,医师无法或来不及征得本人或家属意见时,授权麻醉医师按照医学常规予以紧急处理和全力救治。如果所选麻醉方法不能满足手术的需要,授权麻醉医师根据具体情况改变麻醉方式以便顺利完成手术治疗。

(二) 我理解麻醉存在以下(但不限于)风险:

1. 与原发病或并存疾病相关:脑出血,脑梗塞,脑水肿;严重心律失常,心肌缺血/梗死,心力衰竭;肺不张,肺水肿,肺栓塞,呼吸衰竭;肾功能障碍或衰竭等。

2. 与药物相关:过敏反应或过敏性休克,局麻药全身毒性反应和神经毒性,严重呼吸和循环抑制,循环骤停,器官功能损害或衰竭,精神异常,恶性高热等。

3. 与不同麻醉方法和操作相关:

(1) 神经阻滞:血肿,气胸,神经功能损害,喉返神经麻痹,全脊麻等。

(2) 椎管内麻醉:腰背痛,尿失禁或尿潴留,腰麻后头痛,颅神经麻痹,脊神经或脊髓损伤,呼吸和循环抑制,全脊麻甚至循环骤停,硬膜外血肿、脓肿甚至截瘫,穿刺部位或椎管内感染,硬膜外导管滞留或

断裂，麻醉不完善或失败等。

(3) 全身麻醉：呕吐、误吸，喉痉挛，支气管痉挛，急性上呼吸道梗阻，气管内插管失败，术后咽痛，声带损伤环杓关节脱位，牙齿损伤或脱落，苏醒延迟等。

(4) 与有创伤性监测相关：局部血肿，纵膈血/气肿，血/气胸，感染，心律失常，血栓形成或肺栓塞，心包填塞，导管打结或断裂，胸导管损伤，神经损伤等。

5. 与输液、输血及血液制品相关：血源性传染病，热源反应，过敏反应，凝血病等。

6. 与外科手术相关：失血性休克，严重迷走神经反射引起的呼吸心跳骤停，压迫心脏或大血管引起的严重循环抑制及其并发症等。

7. 与急诊手术相关：以上医疗意外和并发症均可发生于急诊手术病人，且发生率较择期手术明显升高。

8. 与术后镇痛相关：呼吸、循环抑制，恶心呕吐，镇痛不全，硬膜外导管脱出等。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

● 麻醉医生已经告知我将要施行的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它麻醉方法并且解答了我关于此次麻醉的相关问题。

● 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的麻醉方式做出调整。

● 我理解在我的麻醉期间需要多位医生共同进行。

● 我并未得到治疗百分之百无风险的许诺。

● 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。

● 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒一切后果自负。

患者或者授权人签署意见：_____

患者或授权人签名：_____与患者关系_____签字时间_____年_____月_____日_____时_____分

我 同意 不同意 接受术后疼痛治疗

患者或授权人签名：_____与患者关系_____签字时间_____年_____月_____日_____时_____分

医生陈述

我已经告知患者将要施行的麻醉方式、此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、根据手术治疗的需要更改为其他麻醉方法的可能性，并且解答了患者关于此次麻醉的相关问题。

医生签名_____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分

局部麻醉知情同意书

就医者姓名：	性别：	年龄： 岁	病历号：
--------	-----	-------	------

治疗建议和介绍

医师已告知我因 _____，需行 _____ 手术，需要接受局部麻醉。

1. 身体某些部位注射药物以阻滞神经干或神经末梢导致痛觉消失即为局部麻醉。消除手术疼痛，监测和调控生理功能，保障就医者安全，并为手术创造条件。手术是治疗外科疾病的有效方法，但手术引起的创伤等可使就医者的生理功能处于应激状态；各种麻醉方法和药物对就医者的生理功能都有一定影响；外科疾病本身所引起的病理生理改变，以及并存的非外科疾病所导致的器官功能损害等，都是围手术期潜在的危险因素。局部麻醉的风险性与手术大小并非完全一致，复杂的手术固然可使麻醉的风险性增加，而有时手术并非很复杂，但由于就医者的病情和并存疾病的影响，可为局部麻醉带来一定的风险。

2. 为保证手术时无痛和医疗安全，手术需要在麻醉和严密监测条件下进行。就医者有权选择麻醉方法，但根据就医者病情和手术需要，医师建议选择局部麻醉，必要时允许改变麻醉方式和使用镇痛、镇静类药物。

3. 为了手术安全，医师将严格遵循操作规范和用药原则；在手术麻醉期间，医师始终在现场严密监测就医者生命体征，并履行医师职责，对异常情况及时进行治疗和处理。但任何麻醉方法都存在一定风险。根据目前技术水平尚难以完全避免发生一些医疗意外或并发症。如合并其他疾病，局部麻醉可能诱发或加重已有症状，相关并发症风险性也显著增加。

4. 其他

麻醉潜在风险和对策

1. 医师已对我的病情、病史进行了详细询问。我对医师所告知的、因受医学科学技术条件限制、目前难以完全避免的局部麻醉意外和并发症表示理解。相信医师会采取积极有效的措施加以避免。如果发生紧急情况，医师无法或来不及征得本人或家属意见时，授权医师按照医学常规予以紧急处理和全力救治。如果所选局部麻醉方法不能满足手术的需要，授权医师根据具体情况改变麻醉方式以便顺利完成手术治疗。

2. 我理解局部麻醉存在以下（但不限于）风险：

（1）与原发病或并存疾病相关：如严重心律失常，心肌缺血/梗死，心力衰竭等。

（2）与药物相关：过敏反应或过敏性休克，局麻药全身毒性反应和神经毒性，严重呼吸和循环抑制，循环骤停，器官功能损害或衰竭等。

（3）与术后镇痛相关：呼吸、循环抑制，恶心呕吐，镇痛不全等。

一旦发生上述风险和意外，医师会采取积极应对措施以维护就医者生命安全。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

● 医生已经告知我将要施行的麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它麻醉方法并且解答了我关于此次麻醉的相关问题。

● 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的麻醉方式做出调整。

● 我理解在我的麻醉期间需要多位医生共同进行。

● 我并未得到治疗百分之百无风险的许诺。

● 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。

● 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒一切后果自负。

患者或者授权人签署意见：_____

患者或授权人签名：_____与患者关系_____签字时间____年____月____日____时____分

医生陈述

我已经告知患者将要施行的麻醉方式、此次麻醉及麻醉后可能发生的并发症和风险、根据手术治疗的需要更改为其他麻醉方法的可能性，并且解答了患者关于此次麻醉的相关问题。

医生签名_____

签字时间____年____月____日____时____分

选用病历

美容外科手术风险评估表

日期: _____ 科别: _____ 就医者姓名: _____ 病历号: _____ 手术名称: _____

1. 手术切口清洁程度		2. 麻醉分级(ASA 分级)		3. 手术持续时间	
I 类手术切口 (清洁手术)	0	P1: 正常的患者; 除局部病变外, 无系统性疾病	0	T1: 手术在3小时内完成	0
手术野无污染; 手术切口周边无炎症; 患者没有进行气道、食道和/或尿道插管; 患者没有意识障碍。		P2: 患者有轻微的临床症状; 有轻度或中度系统性疾病	0	T2: 完成手术, 超过3小时	1
		II 类手术切口 (相对清洁手术)	0	随访: 切口愈合与感染情况 切口甲级愈合 <input type="checkbox"/> 切口感染——浅层感染 <input type="checkbox"/> 深层感染 <input type="checkbox"/> 在与评价项目相应的框内“ <input type="checkbox"/> ”打钩 “ <input checked="" type="checkbox"/> ”后, 分值相加即可完成!	
上、下呼吸道, 上、下消化道, 泌尿生殖道或经以上器官的手术; 患者进行气道、食道和/或尿道插管; 患者病情稳定; 行胆囊、阴道、阑尾、耳鼻手术的患者。	P3: 有严重系统性疾病, 日常活动受限, 但未丧失工作能力	1			
	P4: 有严重系统性疾病, 已丧失工作能力, 威胁生命安全。	1			
	P5: 病情危重, 生命难以维持的濒死病人。	1			
III 类手术切口 (清洁-污染手术)	1	P6: 脑死亡的患者	1		
开放、新鲜且不干净的伤口; 前次手术后感染的切口; 手术中需采取消毒措施的切口		4. 手术类别			
		1. 浅层组织手术	<input type="checkbox"/>		
		2. 深部组织手术	<input type="checkbox"/>		
IV 类手术切口 (污染手术)	1	3. 器官手术	<input type="checkbox"/>		
严重的外伤, 手术切口有炎症、组织坏死, 或有内脏引流管。		4. 腔隙手术	<input type="checkbox"/>	急诊手术	<input type="checkbox"/>
手术医生签名: _____		麻醉医师签名: _____		巡回护士签名: _____	
手术风险评估: 手术切口清洁程度 (分)+麻醉 ASA 分级 (分)+手术持续时间 (分) = __分, NNIS 分级: 0- <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/>					

美容外科住院（留观）评估单

基本 信息	科室		床号		病历号		
	姓名		性别		年龄		
	入院方式 <input type="checkbox"/> 步入 <input type="checkbox"/> 其他						
	入院诊断						
	民族		婚姻		文化程度		职业
入住日期时间:			联系人		关系	电话号码:	
一 般 情 况	神志 <input type="checkbox"/> 清楚 <input type="checkbox"/> 其它						
	T: °C	P: 次/分	R: 次/分	BP: mmHg	体重: kg	身高: cm	
	药物过敏	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 有 (药物名称: _____ 过敏表现: _____)					
	沟通能力:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常(原因: <input type="checkbox"/> 听力障碍 <input type="checkbox"/> 精神障碍 <input type="checkbox"/> 意识障碍 <input type="checkbox"/> 语言障碍 <input type="checkbox"/> 其它)					
	皮肤状况:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常(□伤口, 具体描述: _____) <input type="checkbox"/> 皮疹, 具体描述: <input type="checkbox"/> 水肿, 具体描述: <input type="checkbox"/> 其它, , 具体描述:					
	活动状况:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常(□活动无耐力 <input type="checkbox"/> 限制性活动 <input type="checkbox"/> 运动功能障碍 <input type="checkbox"/> 意识障碍 <input type="checkbox"/> 其它: _____)					
	进食状况:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常(□进食过多 <input type="checkbox"/> 食欲下降 <input type="checkbox"/> 其它: _____)					
	睡眠状况:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常(□入睡困难 <input type="checkbox"/> 早醒 <input type="checkbox"/> 其它: _____)					
	大便状况:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常(□腹泻 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 其它: _____)					
	小便状况:	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常(□多尿 <input type="checkbox"/> 少尿 <input type="checkbox"/> 无尿 <input type="checkbox"/> 尿潴留 <input type="checkbox"/> 其它: _____)					
	其他特殊情况:						
	跌倒/坠床风险评估:		□分数: _____		□ 不涉及		风险等级:
	压疮风险评估:		□分数: _____		□ 不涉及		风险等级:
	心理评估:		分数	SAS: _____		程度: <input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	
				SDS: _____		程度: <input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	
专 科 评 估							
护 理 处 置	入院宣教: <input type="checkbox"/> 病室环境 <input type="checkbox"/> 医护人员介绍 <input type="checkbox"/> 探视制度 <input type="checkbox"/> 防跌倒/坠床 <input type="checkbox"/> 留陪伴 <input type="checkbox"/> 消防安全 <input type="checkbox"/> 膳食安排 <input type="checkbox"/> 离院须知 <input type="checkbox"/> 防压疮 <input type="checkbox"/> 特别指导 <input type="checkbox"/> 其它:						
护士签字:				评估时间			

美容外科疼痛评估及处置记录单

科室： 床号： 姓名： 性别：

年龄： 病历号：

术前诊断：

手术名称：

疼痛评估得分：

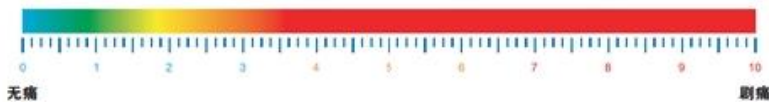
疼痛处理措施：

护士签字：

年 月 日

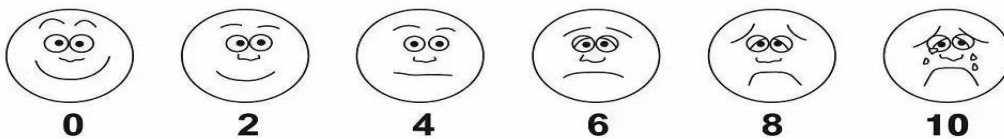
附：疼痛评估量表

1. 数字疼痛评估法（适用于≥7岁以上人群）



0：无痛，1-3分：轻度疼痛（睡眠不受影响），4-6分：中度疼痛（睡眠受影响），7-10分：重度疼痛（严重影响睡眠）

2. 面部表情疼痛评估法（适用于3-6岁人群）



0：无痛，2分：轻微疼痛，4分：轻度疼痛，6分：中度疼痛，8分：重度疼痛，10分：剧烈疼痛

3. 临床上疼痛评分≥4分需进行药物干预，提高患者舒适度

美容外科跌倒/坠床风险因素评估及护理措施表

姓名：_____ 科室：_____ 床号：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 病历号：_____

诊断：_____

项目	评估内容和分值	评估日期	
年龄	0分：6-64岁；1分：<6岁或65-75岁； 2分76-80岁；3分：>80岁		
认知能力	0分：认知正常；1分：认知障碍		
走动能力	0分：步态平稳或卧床无法移动； 1分：步态不稳或需要使用其他人协助如厕		
自理程度-排泄	0分：能自行如厕； 1分：失禁尿频/腹泻或需要其他人协助如厕		
住院前1年跌倒/坠床史	0分：无 1分：有		
目前使用镇静/止痛/安眠/利尿/泻药//降血压/降血糖/其他特殊药物	0分：无 1分：有		
双眼视力障碍	0分：无 1分：有		
依从性低或沟通障碍	0分：无 1分：有		
躁动不安	0分：无 1分：有		
其他高危因素（根据其跌倒高危因素的高危情况赋值1分至多分）	0分：无 1分：有		
评估结果	总分		
	跌倒坠床高危风险	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
护理措施	基础 预防 措施	<input type="checkbox"/> 安全指导：以防跌倒/坠床健康教育 <input type="checkbox"/> 保持病房地面清洁干燥、通畅，及时清除病房走道障碍物 <input type="checkbox"/> 保持室内光线充足，恰当使用夜间照明设施 <input type="checkbox"/> 床档保护，将常用物品放于病人便于拿取处 <input type="checkbox"/> 指导呼叫器的使用 <input type="checkbox"/> 注意病床/推床/轮椅制动	
	其他 措施	<input type="checkbox"/> 指导病人渐进活动，必要时使用辅助工具 <input type="checkbox"/> 家属需陪伴在旁，离开时需告知值班护士 <input type="checkbox"/> 指导床上使用便器，注意便盆的固定 <input type="checkbox"/> 使用约束带保护 <input type="checkbox"/> 其他措施	
跌倒坠床风险管理	<input type="checkbox"/> 与就医者家属沟通签字	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 腕带标识	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 床头卡标识	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 护士长审核	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
评估护士签字			
结果（出院时填写）	是否发生跌倒坠床	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	跌倒坠床受伤情况		
	因跌倒导致的伤情转归	<input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 未愈	
	就医者去向	<input type="checkbox"/> 出院 <input type="checkbox"/> 转科 <input type="checkbox"/> 转院 <input type="checkbox"/> 其他	

备注 1：跌倒/坠床风险评估对象

对于有下列情况之一者，护士需及时进行评估，以筛查高危人群进行重点预防

1. 年龄 ≥ 65 岁或 ≤ 6 岁
2. 认知障碍，如意识模糊、定向障碍等
3. 各种原因致患者布台不问如病历步态、下肢活动受限或共济失调等
4. 入院前有反复跌倒/坠床史
5. 病情发生变化时：因各种原因患者出现神志改变或步态不稳
6. 服用特殊药物时：如患者有服作用于中枢神经系统的药物，特别是镇静催眠药、抗精神病药或麻醉镇痛药，火灾服用易引起头昏/低血压等不良反应的药物
7. 有发生跌倒/坠床危险的其他危险因素

备注 2：跌倒伤害严重度分级

1. 严重度 1 级：不需或只需稍微治疗与观察，如：擦伤、挫伤、不需缝合之皮肤小撕裂伤等。
2. 严重度 2 级：需要冰敷、包扎、缝合或夹板等的医疗或护理的处置或观察，如：扭伤、大或深的撕裂伤、小挫伤等。
3. 严重度 3 级：需要医疗处置及会诊，如：骨折、意识丧失、精神或身体机能改变等。

备注 3：跌倒/坠床的高危性判定

评价总分 ≥ 4 分者即可判断为跌倒/坠床高危

备注 4：评估频次说明

1. 总分 < 4 分，病情稳定者评估一次即可
2. 总分 ≥ 4 分，提示病人有跌倒/坠床的高度危险。病情稳定者每周评估一次；
3. 总分 ≥ 4 分，病情不稳定者每周至少评估两次；

病人病情发生变化时或服用特殊药物时需及时评估，每周至少两次，若连续评估 3 次分数均 < 4 分，则可暂不再评估。

美容外科跌倒/坠床风险护患沟通表

姓名：_____ 科室：_____ 床号：_____ 性别：____ 年龄：_____ 病历号：_____

诊断：_____

尊敬的就医者/家属：您好！

一、跌倒/坠床风险评估

根据就医者的病情，符合跌倒/坠床危险因素评估条件，使用跌倒/坠床危险因素评估表对就医者进行跌倒/坠床危险因素评估，该患者目前跌倒/坠床危险因素评估得分是____分，属：低度 高度 风险，在今后的住院治疗期间可能发生跌倒/坠床，从而可能发生损伤，如软组织损伤、骨折等，严重者甚至可能危及生命。

二、预防及处理措施

为了防止就医者跌倒/坠床的发生，我们将采取以下措施（详见美容外科跌倒/坠床危险因素评估及护理措施表）

三、就医者知情选择

我已阅读上述相关内容，理解跌倒/坠床发生的风险、预防的目的及措施，医师/护士向我解释了进行跌倒/坠床预防的重要性，我知道我有权拒绝或放弃此护理措施，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、跌倒/坠床风险以及相关的问题向我的医师/护士进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。现我做以下声明：

我已知晓患者存在跌倒/坠床风险，并_____（填“同意”或“不同意”）接受所采取的跌倒/坠床预防措施。

就医者/授权委托人：_____ 与就医者关系：_____

电话：_____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分

医生/护士签字：_____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分

美容外科压疮风险因素评估及护理措施表

姓名：_____ 科室：_____ 床号：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 病历号：_____

诊断：_____

项 目		评估日期		
评估 内容	感觉	1分：完全受限；2分：非常受限； 3分：轻微受限；4分：无受限		
	湿度	1分：持续潮湿；2分：潮湿； 3分：有时潮湿；4分：很少潮湿		
	活动	1分：限制卧床；2分：可以座椅子 3分：偶尔行走；4分：时常行走		
	移动	1分：完全无法移动；2分：非常受限 3分：轻微受限；4分：未受限		
	营养	1分：非常差；2分：可能不足够 3分：足够；4分：非常好		
	摩擦力/剪切力	1分：有问题；2分：潜在的问题 3分：无明显问题		
评估 结果	总 分			
	压疮风险等级			
护 理 措 施	基础 预防 措施	<input type="checkbox"/> 保持床单平整、干燥、无渣屑 <input type="checkbox"/> 正确使用预防压疮的护理工具 <input type="checkbox"/> 保持皮肤清洁干燥 <input type="checkbox"/> 护理操作动作轻柔，避免推、拉、拖、拽患者 <input type="checkbox"/> 定时翻身，避免局部受压 <input type="checkbox"/> 加强全身营养 <input type="checkbox"/> 交接班注意皮肤情况，必要时做好护理记录		
	其他 预防 措施			
压疮 风险 管理	与患方签字		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	审核护士长签字		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	通知主管医生		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	腕带标识（中危以上）		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	床头卡标识（中危以上）		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
评估护士签字				

备注 1：压疮风险评估对象

对下列情况之一者，护士需及时进行评估，以筛查高危人群进行重点预防。

1. 年龄>60岁，连续卧床时间>3天，且需要他人协助翻身者
2. 营养不良的患者；血清蛋白<30G/L
3. 意识障碍的患者
4. 大便失禁或小便失禁未安置尿管者
5. 偏瘫/截瘫/四肢瘫痪等躯体移动障碍者；已发生压疮的患者
6. 有发生压疮的其他危险因素

备注 2：压疮风险程度的判断

1. 低度危险：15-18分
2. 中度危险：13-14分
3. 高度危险：10-12分
4. 极度危险：≤9分

备注 3：评估频次说明

1. 15-18分，1次，病情变化随时评
2. 10-14分，1周评1次，病情变化随时评
3. ≤9分，1周2次以上

美容外科压疮风险护患沟通表

姓名：_____科室：_____床号：_____性别：____年龄：_____病历号：_____
诊断：_____

尊敬的就医者/家属：您好！

一、压疮风险评估

根据就医者的病情，符合压疮危险因素评估条件，使用 Braden 评分法对就医者进行压疮危险因素评估，该患者目前压疮危险因素评估得分是_____分，属：低度 中度 高度极度风险，在今后的住院治疗期间可能发生压疮。

二、预防及处理措施：

为了防止就医者的压疮发生，我们将采取以下措施（详见美容外科压疮风险因素评估及护理措施表）

三、就医者知情选择

我已阅读上述相关内容，理解压疮发生的风险、预防的目的及措施，医师/护士向我解释了进行压疮预防的重要性，我知道我有权拒绝或放弃此护理措施，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、压疮风险以及相关的问题向我的医师/护士进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。现我做以下声明：

我已知晓患者的压疮风险，并_____（填“同意”或“不同意”）接受所采取的压疮预防及处理措施。

就医者/授权委托人：_____ 与就医者关系：_____

电话：_____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分

医生/护士签字：_____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分

美容外科门诊/住院术后宣教单

鼻整形手术术后宣教（范例）

就医姓名_____ 手术医生_____

手术名称_____ 拆线前照相（地点：登记室）

1. 术后请观察半小时再离开医院，如有不适请及时就诊
2. 术后 48 小时内用袋装冰牛奶或冰袋间断冷敷鼻两侧，冰袋禁止压迫鼻背
3. 术后留置引流管者，需保持引流通畅，有效固定防脱落，若引流量大于 5ml 或引流管脱落，请及时联系主刀医生处理。
4. 局部禁止挤压、揉搓及碰撞，洗脸时动作轻柔
5. 术中取耳软骨者，术后防止耳廓受压
6. 术后遵医嘱口服抗生素，建议到正规大药房购买，一般需口服 5-7 天，（常用拜复乐、可乐必妥）
7. 保持伤口敷料清洁干燥，切忌自行松解敷料、弹力网套等。鼻背固定胶布一般需保留至拆线
8. _____换药，_____拆线

换药拆线地址：

1 楼右侧美容整形外科病房内换药室（拆线换药均为 14：00-17：00）

当地医院（自愿要求）

备注：换药时一般仅取鼻孔支撑管，消毒鼻腔、涂百多邦；其余敷料、引流管等必须在主刀医生指导下更换或拔除，切忌自行取掉。

9. 根据需要自行购买防瘢痕外用药（本院地址：门诊部 2 楼利康医疗器械部），拆线后一周开始按说明使用，一般连续使用 3-6 个月
10. 术后半年内禁食辛辣刺激食物及烟酒，辛辣刺激食物如辣椒花椒胡椒孜然芥末姜葱蒜等，术区半年内禁用含酒精制剂。
11. 其他：_____

12. 术后有疑问请联系医生（患者保存联填写）

医生姓名：_____ 联系电话：_____

微信：_____（加微信请备注，格式：手术日期+姓名+手术名称）

门诊时间：周_____上、下午

患方确认签字：

签字时间_____年_____月_____日

病危病重通知书

就医者姓名:	性别:	年龄: 岁	病历号:
--------	-----	-------	------

尊敬的就医者家属（法定监护人、授权委托人）：
您好！您的家人_____现在我院 _____科治疗。
目前诊断为_____。

虽经医护人员积极救治，但目前患者病情危重，并且病情有可能进一步恶化，随时会出现以下一种或多种危及患者生命的并发症：

1. 肺性脑病，严重心律失常、心功能衰竭、心肌梗死、高血压危象；
2. 上消化道出血导致出血性休克、脑出血、脑梗塞、脑疝；
3. 感染中毒性休克、过敏性休克、心源性休克；
4. 弥漫性血管内凝血（DIC）；
5. 多器官功能衰竭；
6. 糖尿病酮症、酸中毒、低血糖性昏迷、高渗性昏迷；
7. 其他。

上述情况一旦发生会严重威胁患者生命，医护人员将会全力抢救，其中包括气管切开、呼吸机辅助呼吸、电除颤、心脏按摩、安装临时起搏器等措施。

根据我国法律规定，为抢救患者，医生可以在不征得您同意的情况下依据救治工作的需要对患者先采取抢救措施，并使用急救所必需的仪器设备和治疗手段，然后履行告知义务，请您予以理解并积极配合医院的抢救治疗。

如您还有其他问题和要求，请在接到本通知后主动找医生了解咨询。请您留下准确的联系方式，以便医护人员随时与您沟通。

此外，限于目前医学科学技术条件，尽管我院医护人员已经尽全力救治患者，仍存在因疾病原因患者不幸死亡的可能。请患者家属予以理解。

就医者家属（法定监护人、授权委托人）意见：

关于就医者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于就医者病情危重时进行的救治措施，医护人员已经向我详细告知。我了解了患者病情危重，并“同意”医护人员进行（同意划√，可多选）：

气管切开 呼吸机辅助呼吸 电除颤
心脏按压 临时起搏器 其他有创救治措施。

就医者授权亲属签名_____与就医者关系_____ 签字时间：____年__月__日__时__分

关于就医者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于患者病情危重时进行的救治措施，医护人员已经向我详细告知。我了解了患者病情危重，我_____（“不同意”）医护人员进行上述有创

救治措施，我_____（“同意”或“不同意”）使用药物进行救治，对所发生的一切后果我们自行承担责任。

患者授权亲属签名_____与患者关系_____

签字时间：____年__月__日__时__分

医护人员陈述：

我已经将患者目前的病情危重、可能出现的风险和后果以及医护人员对于患者病情危重时进行的救治措施向患者家属或患者的法定监护人、授权委托人详细告知。

医护人员签名_____

签字时间：____年__月__日__时__分

尸体解剖告知书

患者姓名:	性别:	年龄: 岁	病历号:
<p>尊敬的患者家属或患者的法定监护人、授权委托人:</p> <p>您的家人_____在我院_____科住院治疗, 因_____于_____年_____月_____日_____时_____分去世, 敬请节哀并特此告知如下事项:</p> <ol style="list-style-type: none">1. 如死者生前未对尸体作出明确处理意见, 死者的家属具有对尸体及器官捐献的处置权。2. 如家属对死者的死因有异议, 应在 48 小时内提出尸检申请。3. 如因拒绝或者拖延尸检, 超过规定时间, 从而对死因判定的产生了影响, 自行承担责任。4. 尸体解剖的过程需要损坏死者的体貌, 取出必要的组织、内脏器官进行检验, 所以在尸体解剖时尸体的体貌会有所损坏, 同时死者的部分组织、内脏器官会缺失。并且, 即使进行了全面、系统的尸体解剖和病理检验, 仍有可能查不出真正的死因。5. 尸检需要在以下具备资格的机构进行:<ol style="list-style-type: none">(1) 卫生行政部门批准设置具有独立病理解剖能力病理科的医疗机构;(2) 设有具备独立病理解剖能力的病理教研室或法医教研室的医学院校, 或设有医学专业的并具备独立病理解剖能力的病理教研室或法医教研室的高等普通学校。(3) 医患双方可共同选择经过国家司法行政部门批准的司法鉴定机构。6. 您可以委托法医病理学人员参加尸检, 也可以委派代表观察尸检过程。			
<p>患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见:</p> <p>医护人员已经将尸检的相关情况向我做了详细的说明, 并且及时解答了相关问题。经慎重考虑, 我们对尸检处理的决定是: _____ (“同意尸检”或“不同意尸检”)。</p> <p>死者授权亲属签名: _____与死者关系_____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分</p>			
<p>医护人员陈述:</p> <p>我已经将尸检的相关情况向患者家属或患者的法定监护人、授权委托人做了详细的告知, 并且解答了相关问题。</p> <p>医护人员签名: _____ 签字时间_____年_____月_____日_____时_____分</p>			

离院评估单

基本 信息	科室	床号	病历号	
	姓名	性别	年龄	
体温 ℃	脉搏 次/分	呼吸 次/分	血压 / mmHg	
疼痛评分		疼痛部位		
疼痛性质	<input type="checkbox"/> 隐痛 <input type="checkbox"/> 胀痛 <input type="checkbox"/> 刺痛 <input type="checkbox"/> 刀割样痛			
跌倒风险	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有			
活动情况	<input type="checkbox"/> 能行走 <input type="checkbox"/> 需搀扶 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 平车			
相关注意事项教育				
教育有否障碍	<input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 语言表达 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 需翻译 <input type="checkbox"/> 其他			
	<input type="checkbox"/> 无			
谁接受了教育	<input type="checkbox"/> 就医者 <input type="checkbox"/> 家属			
教育内容	<input type="checkbox"/> 切口护理 <input type="checkbox"/> 手术或疾病知识 <input type="checkbox"/> 随访时间			
教育方式	<input type="checkbox"/> 口述/讨论 <input type="checkbox"/> 书写/印刷 <input type="checkbox"/> 示范 <input type="checkbox"/> 幻灯/电视			
教育者	<input type="checkbox"/> 护士 <input type="checkbox"/> 医生			
教育评价	<input type="checkbox"/> 口述理解 <input type="checkbox"/> 回演示 <input type="checkbox"/> 需强化			
就医者签名				
医生/护士签名				
签字时间	年 月 日			

焦虑自评量表(SAS)

焦虑是一种比较普遍的精神体验，长期存在焦虑反应的人易发展为焦虑症。本量表包含 20 个项目，分为 4 级评分，请您仔细阅读以下内容，根据最近一星期的情况如实回答。

填表说明：所有题目均共用答案，请在 A、B、C、D 下划“√”，每题限选一个答案。

姓名_____ 性别：男 女 年龄：____岁 病历号：_____

自评题目：

答案：A 没有或很少时间；B 小部分时间；C 相当多时间；D 绝大部分或全部时间。

- | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|
| 1. 我觉得比平时容易紧张或着急 | A | B | C | D |
| 2. 我无缘无故在感到害怕 | A | B | C | D |
| 3. 我容易心里烦乱或感到惊恐 | A | B | C | D |
| 4. 我觉得我可能将要发疯 | A | B | C | D |
| *5. 我觉得一切都很好 | A | B | C | D |
| 6. 我手脚发抖打颤 | A | B | C | D |
| 7. 我因为头疼、颈痛和背痛而苦恼 | A | B | C | D |
| 8. 我觉得容易衰弱和疲乏 | A | B | C | D |
| *9. 我觉得心平气和，并且容易安静坐着 | A | B | C | D |
| 10. 我觉得心跳得很快 | A | B | C | D |
| 11. 我因为一阵阵头晕而苦恼 | A | B | C | D |
| 12. 我有晕倒发作，或觉得要晕倒似的 | A | B | C | D |
| *13. 我吸气呼气都感到很容易 | A | B | C | D |
| 14. 我的手脚麻木和刺痛 | A | B | C | D |
| 15. 我因为胃痛和消化不良而苦恼 | A | B | C | D |
| 16. 我常常要小便 | A | B | C | D |
| *17. 我的手脚常常是干燥温暖的 | A | B | C | D |
| 18. 我脸红发热 | A | B | C | D |
| *19. 我容易入睡并且一夜睡得很好 | A | B | C | D |
| 20. 我作恶梦 | A | B | C | D |

评分标准：正向计分题 A、B、C、D 按 1、2、3、4 分计；反向计分题（标注*的题目题号：5、9、13、17、19）按 4、3、2、1 计分。总分乘以 1.25 取整数，即得标准分。低于 50 分者为正常；50-60 分者为轻度焦虑；61-70 分者为中度焦虑，70 分以上者为重度焦虑。