附件5

安宁疗护知情同意书

患者姓名： 性别： 年龄：

您在我们详细解释说明后，已充分知晓并接受执行下列内容：

1.安宁疗护服务以临终患者及其近亲属为中心，通过提供身体、心理精神、社会等方面的医疗照护和人文关怀服务、控制患者的痛苦和不适症状，提高生活质量，帮助患者有尊严地离世，以实现逝者安息和生者安宁。安宁疗护以改善症状为主，不是针对疾病的治愈性治疗，难以阻止原发疾病的进展以及由原发疾病导致的生命终结。安宁疗护服务收费执行国家和地方相关政策规定是尽可能缓解患者的身心痛苦，并提高患者的生存质量。

2.安宁疗护服务，请您确认以下内容：

患者知道病情诊断 □是 □否 病情程度 □是 □否 接受安宁疗护服务 □是 □否

患者近亲属/法定监护人/授权委托人同意接受安宁疗护服务 □是 □否 病情诊断 □是 □否 病情程度 □是 □否

3.为避免增加濒死过程的痛苦，您是否坚持接受以下服务：

心肺复苏术 □接受 □不接受 电除颤 □接受 □不接受

呼吸机辅助通气（气管切开、气管插管） □接受 □不接受

置入临时起搏器 □接受 □不接受 转ICU□接受 □不接受

用于维持血压和呼吸的抢救药物 □接受□不接受

输血、化疗、放疗、透析等延长患者存活时间的治疗 □接受 □不接受

静脉营养支持 □接受□不接受

其他 □接受□不接受

4.患者及近亲属如需更改上述决定，需签署新的知情同意书。

患者/近亲属（监护人）签字: 身份证号码:

联系电话： 签字时间： 年 月 日 时 分

医生签字： 签字时间： 年 月 日 时 分