

# 广西医科大学第一附属医院

## 激素治疗知情同意书

病案号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 46岁4月 科室: 消化内科一病区

### 一、病情及所需特殊治疗

医生已解释如下病情(诊断):

1. 慢性腹泻查因
2. 盲肠、结肠息肉
3. 胃、十二指肠息肉

11. 其他。

(以上内容为医师所告知的患者病情, 所需治疗及其风险。)

结合上述病情(诊断)建议做如下特殊治疗:  
激素治疗。

### 二、特殊治疗风险

上述特殊治疗有如下风险:

1. 体液与电解质紊乱: 钠潴留、体液潴留、有心脏基础疾病者可能充血性心力衰竭、钾离子丢失、低钾性碱中毒、高血压。
2. 免疫系统: 掩盖感染、潜在感染发作、机会性感染、过敏反应。
3. 肌肉骨骼系统: 肌无力、类固醇性肌病、骨质疏松、脊椎压缩性骨折、无菌性骨坏死、病理性骨折。
4. 胃肠道: 反酸、烧心感、消化道溃疡、消化道出血、胰腺炎、食管炎、肠穿孔。
5. 皮肤: 妨碍伤口愈合、皮肤萎缩、瘀点或瘀斑、局部注射引起局部皮肤萎缩。
6. 神经系统: 颅内压增高、癫痫发作、眩晕, 可能出现下列精神紊乱症状: 欣快感、失眠、情绪变化、个性改变及重度抑郁直至明显的精神表现。
7. 内分泌: 月经失调、肢体脂肪重新分布、向心性肥胖、抑制垂体-肾上腺皮质功能、糖耐量异常或糖尿病、增加糖尿病患者对胰岛素或口服降糖药的用量。
8. 眼: 长期使用可能引起后房囊下白内障、青光眼(可能累及视神经)、增加眼部感染机会。
9. 代谢: 因蛋白质分解造成负氮平衡。
10. 心脏停搏, 支气管痉挛、低血压或高血压、过敏反应等。

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

我已明白和理解医师告知的全部内容

(请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容)

(患者本人/患者代理人签字)



### 三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

1. 血浆置换。
2. 干细胞移植。

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

#### 1. 血浆置换

利：可短时间内清除血浆内抗体。

弊：（1）费用高；（2）如无激素冲击或者免疫抑制剂起效，则易引起病情反跳；（3）输血相关并发症如感染艾滋病、梅毒、乙肝等。

#### 2. 干细胞移植

利：有些病人可以达到完全缓解。

弊：（1）费用高；（2）疗效不确切；（3）易出现移植相关并发症如重症感染、移植抗宿主反应等。

### 四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书。

(医生签名)

2017.2.24

(签字日期)

### 五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容：

1. 医生已向我解释激素治疗相关内容。
2. 我已了解激素治疗相关风险，以及这些风险带来的后果。
3. 我同意授权激素治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
4. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
5. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
6. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
7. 医生已解释患者预后及不进行该激素治疗所面临的风险。
8. 我了解医生无法保证该激素治疗可以缓解患者病情。
9. 医生已向我充分解释患者病情及该激素治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
10. 我了解术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学（影像资料将被处理，无法从中识别患者）。
11. 我已就患者病情、激素治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题，医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述激素治疗，请签字

同意

(请于横线上抄写：同意)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

2017.2.24

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述激素治疗，请签字

(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/代理人签名并按指模)

(签字日期)