



激素治疗知情同意书

疾病介绍和治疗建议：

医生已告知我患有 AIH-PBC重叠综合征 需要进行激素治疗。

治疗潜在风险和对策：

医生告知我激素治疗可能发生如下风险，有些不常见的风险可能没有在此列出。具体的治疗剂量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. 我理解此治疗方案可能发生的风险和医生的对策：

- 1) 我理解我出现感染的概率和风险可能增加，如：结核、病毒、细菌、真菌感染；
- 2) 我理解我可能出现血糖、血脂异常，如继发糖耐量异常或继发糖尿病；
- 3) 我理解我可能出现继发性高血压、水钠潴留、充血性心力衰竭；
- 4) 我理解我可能出现肢体脂肪重新分布、向心性肥胖等；
- 5) 我理解我可能出现反酸、烧心，严重者可能出现消化道溃疡、消化道出血；
- 6) 我理解我可能出现骨质疏松、股骨头坏死等；
- 7) 我理解我可能出现继发性精神改变（兴奋、烦躁、失眠、抑郁、淡漠、幻觉、妄想等）；

8) 我理解我可能有较小的概率出现青光眼、视乳头水肿或白内障加重等眼部情况；

9) 我理解我可能有极小的概率出现过敏反应；

10) 我理解我可能有较小的概率出现激素耐药、治疗效果不理想；

11) 我理解如果我年龄较大，患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、精神神经系统疾病或既往有结核、肝炎等慢性感染性疾病，以上这些风险可能会加大，或者在治疗中或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至危及生命。

2. 我理解治疗中或治疗后不遵医嘱，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，除上述风险以外，还可能出现以下特殊并发症或风险：

无

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：



激素治疗知情同意书

姓名：况立波 科别：肝病科[南] 床号：A17 住院号：20117529

医师已经告知我需要使用的特殊药品，使用可能发生的风险以及可能存在的其他治疗方法并且解答了

患者签

签名日期： 日 11 时 30 分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名： 与患者关系：

签名日期： 年 月 日 时 分

医生陈述：

我已告知患者需要使用的特殊药品，使用可能发生的风险以及可能存在的其他治疗方法，并且解答了患者关于使用特殊药品的相关问题。

医生签名：

签名日期： 2020 年 7 月 27 日 11 时 30 分



免疫抑制剂治疗知情同意书

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 AIH-PBC重叠综合征 , 需要接受如下免疫抑制剂药物治疗:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖皮质激素(口服、甲基强的松龙冲击) | <input type="checkbox"/> 细胞毒药物(环磷酰胺) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 霉酚酸酯(骁悉、塞可平) | <input type="checkbox"/> 环孢素A |
| <input type="checkbox"/> 他克莫司(FK506) | <input type="checkbox"/> 其他药物: |

治疗潜在风险和对策:

医生告知我如下免疫抑制剂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, 具体的治疗方案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治疗中的具体内容, 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。

2. 我理解该治疗可能发生的风险:

1) 糖皮质激素的副作用: 类皮质激素亢进综合症, 出现满月脸、多毛等, 药物性高血糖、高血压, 骨质疏松、股骨头无菌性坏死, 诱发消化性溃疡或溃疡复发, 免疫力降低、继发或加重感染, 水钠潴留, 精神神经症状等;

2) 环磷酰胺的副作用: 骨髓抑制, 诱发感染, 肝功能损害, 性腺抑制, 出血性膀胱炎, 恶心、呕吐等消化道症状, 脱发等, 有增加膀胱肿瘤的危险;

3) 霉酚酸酯(骁悉)的副作用: 主要有各类感染(包括重症卡氏肺囊虫肺部感染等)、败血症; 骨髓抑制如白细胞减少、贫血; 恶心、呕吐、腹泻等胃肠道症状; 诱发肿瘤, 偶见血尿酸升高、高血钾、肌痛或嗜睡等;

4) 环孢素A的副作用: 主要有肾毒性, 包括慢性间质肾损害、严重者可出现血栓性微血管病、急性肾衰竭; 血压增高; 齿龈增生; 神经毒性; 多毛; 肝功能损害; 消化道症状; 血脂异常; 致癌性等;

5) 他克莫司(FK506)的副作用: 包括肾毒性、高血压、神经毒性(包括头痛、震颤、睡眠障碍、精神异常及脑病等)、血栓性微血管病、骨髓抑制、肝脏毒性、消化道副反应及血脂异常等;

6) 其它药物副反应:

7) 部分患者治疗效果不佳。



免疫抑制剂治疗知情同意书

姓名：况立波 科别：肝病科门诊[南] 年龄：55岁

登记号：0000835121

3. 我理解如果我患有高血压、糖尿病、肝肾功能不全、感染性疾病、血液系统疾病、免疫功能受损、肿瘤性疾病等情况时，以上这些风险可能会加大，甚至会危及生命，必要时可能不得不中断治疗。

4. 我理解实施治疗过程中如果我不遵医嘱，可能影响药物效果。

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：

疗效不佳，需换用其他免疫抑制剂

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

我的医生已经告知我将要进行治疗方式、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我关于此次治疗的相关问题。我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。我授权医师对治疗切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。我理解我的治疗需要多位医生共同进行。我并未得到治疗百分之百的治愈率。我了解并接受上述治疗替代方案，我决定放弃替代治疗方案。

患者签名：_____

签名日期：2020年8月10日10时30分

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名：_____与患者关系：_____

签名日期：_____年_____月_____日_____时_____分

医生陈述：

我已经告知患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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名：_____

签名日期：2020年8月10日10时30分