

吉林大学第二医院
特殊药物应用知情同意书

患
性
年

临床诊断：血管瘤

拟定选用药物名称：伊曲康唑

治疗中、治疗后可能出现的并发症和风险等情况：

伊曲康唑为抗真菌药物，不良反应包括：

- 1、消化系统反应：如厌食、恶心、腹痛和便秘；
- 2、过敏反应：如瘙痒、红斑、风团和血管性水肿；
- 3、其他反应：包括头痛、可逆性氨基转移酶升高、头晕。

我已详细告知患者/患者家属将要进行的药物治疗的适应症、禁忌症、治疗前准备及方式、此次药物治疗及药物治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他药物治疗方法及备选的替代治疗方案，并且充分解答了患者关于此次药物治疗的相关问题，我充分理解了上述内容。

医生签名：

签名日期：2019年3月5日

1. 医生已经告知我将要进行的药物治疗的适应症、禁忌症，治疗前准备及方式、此次药物治疗及药物治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他药物治疗方法及备选的替代治疗方案，并且充分解答了患者关于此次药物治疗的相关问题。

2. 我同意并接受在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

3. 医生并未向我做出药物治疗百分百成功的许诺。

4. 其他：无

患者或家属意见：本人及家属已经充分理解并同意，同时，本人及家属同意我的医生引用并出版相关医学材料。

此文结束.....

患者/被授权人签

患者关系：母亲 签名日期：2019年3月5日

吉林大学第二医院
特殊药物应用知情同意书

患
性
年
临

拟定选用药物名称：伊曲康唑

治疗中、治疗后可能出现的并发症和风险等情况：

伊曲康唑为抗真菌药物，不良反应包括：

- 1、消化系统反应：如厌食、恶心、腹痛和便秘；
- 2、过敏反应：如瘙痒、红斑、风团和血管性水肿；
- 3、其他反应：包括头痛、可逆性氨基转移酶升高、头晕。

我已详细告知患者/患者家属将要进行的药物治疗的适应症、禁忌症、治疗前准备及方式、此次药物治疗及药物治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他药物治疗方法及备选的替代治疗方案，并且充分解答了患者关于此次药物治疗的相关问题，我充分理解了上述内容。

医生签名：

刘哲

签名日期：2018年5月14日

1. 医生已经告知我将要进行的药物治疗的适应症、禁忌症、治疗前准备及方式、此次药物治疗及药物治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他药物治疗方法及备选的替代治疗方案，并且充分解答了患者关于此次药物治疗的相关问题。

2. 我同意并接受在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

3. 医生并未向我做出药物治疗百分百成功的许诺。

4. 其他：无

患者或家属意见：

本人及家属已经充分理解并同意。
同时，本人及家属同意我的医生引用并出版相关医学材料。

此文结束

患者/被授权人：

与患者关系：

父亲

签名日期：

2018年5月14日