

广东省中医院大学城医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名：

入院日期：

住院号：

目前诊断：1.重症多形红斑2.肝恶性肿瘤（cT1bN0M1 BCLC C期 多发骨转移）3.放射性皮炎4.慢性乙型病毒性肝炎

治疗（检查）名称：皮肤和皮下组织活组织检查

患者因患：重症多形红斑疾病，需行治疗（检查）。本医师针对患者病情，告知了目前可行的治疗（检查）方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致，选择上述治疗（检查）方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术的条件，施行该治疗（检查）可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属）（被授权委托人）交待并说明，一旦发生所述情况，可能加重病情或危及生命，医务人员将按医疗原则予尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意，请书面表明意愿并签字。

治疗（检查）目的：明确诊断

可能出现的情况及并发症列举：

术中或术后可能出现的情况：

1. 术中或术后出血；2. 术中损伤血管、神经；3. 术后粘连；伤口感染，延期愈合；4. 色素沉着；疤痕形成；5. 局部麻醉药过敏；6. 麻醉意外：有呼吸、心跳骤停，多脏器损伤之可能。7. 再次活检可能。8. 其他不可预见的风险。9. 本人同意术前、术后及手术进程中对本人病变部位进行医学摄影，同意医院和医师在专业领域内应用这些摄影资料，但不得公开我的姓名，同意这些资料归医院所用，

替代医疗方案：

药物治疗

医师签名

患方签名：

广东省中医院大学城医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名：[] 男，[] 入院日期 []

住院号：[]

本人系患者（或受患者委托的代理人），在神志完全清醒的状态下签署本协议。
（患者）因患 [] 疾病，在贵院治疗。
经医师向我说明各种治疗方案的优缺点后，我决定选择：

A. 同意 接受上述治疗（检查），且承担上述风险，同意医师实施上述治疗（检查）方案，同时授权委托医师根据治疗（检查）中病情判断和患者利益，调整治疗（检查）方案。医师以上说明我已充分理解，目前及以后不再对上述问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述治疗（检查），并承担相应后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

签署意见（必须请患方写明同意或拒绝）：

患者（授权委托人）签名：[]

患者近亲属（被授权委托人）签名（注明 与患者的关系） []

广东省中医院大学城医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名：[REDACTED] 岁，入院日期：[REDACTED]

住院号：[REDACTED]

目前诊断：1. 重症多形红斑2. 肝恶性肿瘤（cT1bN0M1 BCLC C期 多发骨转移）3. 放射性皮炎4. 慢性乙型病毒性肝炎

治疗（检查）名称：糖皮质激素治疗

患者因患：重症多形红斑疾病，需行治疗（检查）。本医师针对患者病情，告知了目前可行的治疗（检查）方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致，选择上述治疗（检查）方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术的条件，施行该治疗（检查）可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属）（被授权委托人）交待并说明，一旦发生所述情况，可能加重病情或危及生命，医务人员将按医疗原则予尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意，请书面表明意愿并签字。

治疗（检查）目的：控制病情

可能出现的并发症及风险：

因患者病情需要，需行糖皮质激素治疗，使用激素过程中及过程后可能出现以下不良反应，包括：

1. 出现高血压或加重原有高血压。
2. 易出现感染或潜在感染再活动，严重时可致细菌性心内膜炎、腹膜炎或败血症等。
3. 可能发生急性应激性溃疡或加重原有消化道溃疡，出现腹痛、恶心、呕吐、消化道出血等。
4. 出现精神情绪改变。
5. 尿量明显减少，原有浮肿加重。
6. 可能出现一过性血糖升高。
7. 诱发及加重痤疮。
8. 极少数个体可能出现心律失常或心跳骤停。
9. 长期反复应用者还可能出现骨质疏松、股骨头无菌性坏死、肌肉萎缩、Cushing综合症、肾上腺皮质萎缩、糖尿病、白内障、青光眼等疾病。

医生会在治疗过程中密切关注、努力尽早发现可能发生的不良反应，并采取有关措施预防或减轻可能出现的不良反应。一般情况下，多数不良反应是可以恢复的。

替代医疗方案：

抗过敏治疗

医师签名：[REDACTED]

患方签名：[REDACTED]

广东省中医院大学城医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名：[REDACTED] 入院日期：2020年07月13日

住院号：[REDACTED]

替代医疗方案：（续背面）

医师签名：[REDACTED]

本人系患者（或受患者委托的代理人），在神志完全清醒的状态下签署本协议。

（患者）因患重症多形红斑疾病，在贵院治疗。

经医师向我说明各种治疗方案的优缺点后，我决定选择：

A. 同意 接受上述治疗（检查），且承担上述风险，同意医师实施上述治疗（检查）方案，同时授权委托医师根据治疗（检查）中病情判断和患者利益，调整治疗（检查）方案。医师以上说明我已充分理解，目前及以后不再对上述问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述治疗（检查），并承担相应后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

签署意见（必须请患者写明同意或拒绝）

患者（授权委托人）签名：[REDACTED]

患者近亲属（被授权委托人）签名（注明 与患者的关系）：[REDACTED]

广东省中医院大学城医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名：[REDACTED] 男，

住院号：[REDACTED]

目前诊断：1.重症多形红斑2.肝恶性肿瘤（cT1bN0M1 BCLC C期 多发骨转移）3.放射性皮炎4.慢性乙型病毒性肝炎

治疗（检查）名称：人免疫球蛋白冲击治疗

患者因患：重症多形红斑疾病，需行治疗（检查）。本医师针对患者病情，告知了目前可行的治疗（检查）方案，且说明了优、缺点。经向患方充分告知，医患达成一致，选择上述治疗（检查）方案。由于病情的关系及个体差异，依据现有医学科学技术的条件，施行该治疗（检查）可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属）（被授权委托人）交待并说明，一旦发生所述情况，可能加重病情或危及生命，医务人员将按医疗原则予尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意，请书面表明意愿并签字。

治疗（检查）目的：增强免疫

可能出现的情况及并发症列举：

因患者病情需要拟行静滴人免疫球蛋白冲击治疗。以上药物为血液制品。我院为患者提供的血液制品全部经供血机构按国家规定采用合格试剂进行严格检测，但受到制剂本身及检测水平的限制，仍然难以完全避免不良反应或各种经体液传播疾病发生的可能。

使用丙种球蛋白可能出现的不良反应有：

- 1.发热反应；
- 2.过敏反应；
- 3.感染血源传播疾病：如病毒性肝炎、巨细胞病毒感染、EB病毒感染、艾滋病、梅毒、疟疾等；
- 4.其他：如移植排斥宿主病、白细胞肺淤滞等疾病。

医生会在治疗过程中密切关注、努力尽早发现可能发生的不良反应，并采取有关措施预防或减轻可能出现的不良反应。一般情况下，多数不良反应是可以恢复的。

替代医疗方案：

无

医师签名

患方签名

广东省中医院大学城医院
特殊治疗（检查）知情同意书

姓名：

住院号：

本人系患者（或受患者委托的代理人），在神志完全清醒的状态下签署本协议。
（患者）因患重症多形红斑疾病，在贵院治疗。
经医师向我说明各种治疗方案的优缺点后，我决定选择：

A. 同意 接受上述治疗（检查），且承担上述风险，同意医师实施上述治疗（检查）方案，同时授权委托医师根据治疗（检查）中病情判断和患者利益，调整治疗（检查）方案。医师以上说明我已充分理解，目前及以后不再对上述问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述治疗（检查），并承担相应后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

签署意见（必须请患方写明同意或拒绝）

患者（授权委托书人）签名（

患者近亲属（被授权委托人）签名（