

特殊药物使用同意书

姓名: 性别: 年龄: 科别: 肿瘤五科病区 床号: 22 病案号:

临床诊断: 胃癌

选择使用的药物和目的: 信迪利单抗 免疫治疗控制肿瘤进展。

药物可能出现下列副作用: 疲乏、皮肤瘙痒、腹泻、皮疹、恶心、白癜风、关节痛、无力、便秘、甲状腺功能减低、食欲减退、免疫性疾病等不良反应。

上级医师签字: 张洪珍 住院医师: 崔玉洁 2021 年 6 月 15 日 16 时 00 分

科内讨论意见: 同意

科主任或主任医师: 张洪珍 2021 年 6 月 15 日 16 时 01 分

患者或代理人意见:

我的医生已经告知我的病情, 可以选择的药物种类和用药目的、及药物可能产生的副作用, 并且解答了我关于选择药物的相关问题。

我并未得到使用药物百分之百成功的许诺。

我已明白医生交代的上述内容。

我明确表示(同意或拒绝) 同意 选择 信迪利单抗。

患者或监护人签名 签名时间 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其代理人在此签名:

代理人签名 签名时间 2021 年 6 月 15 日 16 时 03

分

备注: