

病情告知书

患者姓名

性别

年龄

单位或地址 贵州省

入院日期 2021-05-22 18:06

告知日期 2021-05-22 18:43

目前病情：关节肿痛16+年，气促5年，加重3天

目前诊断：1、类风湿性关节炎 2、结缔组织相关间质性肺病 3、真菌性肺炎 4、社区获得性肺炎？ 5、中、重度肺动脉高压 6、抗合成酶综合征 7、慢性胃炎； 6. 慢性病性贫血 8、低蛋白血症 9、慢性疾病相关性重度营养不良

检查措施：进一步查三大常规、血生化、凝血功能、免疫球蛋白及补体测定、C反应蛋白、血沉、心电图、胸部CT等检查评估患者病情及排除用药禁忌。

治疗措施：内科常规二级护理，软食忌辛辣，低盐低脂饮食，测血压、指脉氧，疼痛关节制动，注意关节肿痛情况，病情好转后行合理关节肌肉锻炼，避免刺激性食物，治疗上予抗炎止痛、抑制免疫、改善肺动脉高压、止咳化痰、抗感染治疗为主，待相关检查回示后调整治疗方案。

医疗风险：患者病史较长，基础疾病较多，病情复杂且重，目前考虑合并真菌性肺炎，治疗效果差，预后不良，住院期间感染可能加重，出现呼吸衰竭等危及生命的可能。用药可能出现骨髓抑制、肝肾功能损害、过敏等药物不良反应，且住院时间长，费用高，住院期间一律不能外出，家属随时陪护，如自行外发生的一切后果自负。。

患者意见

知情同意

患者签名

代理人/被授权人意见

代理人/被授权人签名
与患者关系

谈话医师

刘群

遵义市第一人民医院
激素及免疫抑制使用告知书

科室：风湿免疫科 姓名： 性别： 年龄： 床号：17 住院号：
1909040044

临床诊断：类风湿性关节炎

用药选择：1、糖皮质激素：☐强的松 ☐地塞米松 ☒甲基强的松龙

2、免疫抑制剂：[药品]

以下可能发生副作用：

1、糖皮质激素：长期应用可引感染、血压增高、血糖增高、消化性溃疡或消化道大出血、骨质疏松、无菌性股骨头坏死、向心性肥胖、痤疮及低钾血症可能。

2、免疫抑制剂：长期使用可引起免疫功能低下而诱发感染，骨髓抑制、肝功能异常、致畸胎及致癌可能。

(1) 环孢素：肾功能损害、高血压、高尿酸血症、高血钾、多毛症、震颤、齿龈增生、胃肠道反应。

(2) 羟氯喹：中枢神经系统反应、眼外肌麻痹、眼反应（如睫状体调节障碍）、视网膜水肿、视野缺损、皮肤反应（如头发变白、脱发、瘙痒、皮疹）、血液系统反应（胃肠道反应）。

(3) 火把花根：性腺抑制、骨髓抑制及胃肠道反应。

(4) 甲氨喋呤：胃肠道反应、口腔溃疡、粒细胞减少、肾功能损害、脱发、皮肤色素沉着、畸胎及性功能减退。

(5) 环磷酰胺：骨髓抑制、肝损害、出血性膀胱炎、性腺抑制、脱发、胃肠道反应。

(6) 来氟米特：白细胞下降、瘙痒、食欲减退、头晕、腹泻、肝损害、皮疹和恶心。

(7) 硫唑嘌呤：骨髓抑制、消化道反应、中毒性肝炎、黄疸、致畸胎及致癌等。

(8) 霉酚酸酯：消化道反应、白细胞减少、败血症、尿频；偶有高尿酸、高血钾、肌痛及嗜睡。

(9) 雷公藤多甙：肝功能损害、骨髓抑制、性腺抑制、急性肾功能衰竭（罕见）。

主治医师签字：

23:53:03

负责谈话医生签字：

2019-09-04

对上述药物副作用已知晓，是否同意使用以上

，患者或家属签署意见：

患者本人签字：

患者家属签字：

与患者关系：

2019-09-04

23:53:05

备注：以上为药物的主要副作用，其他极少数副作用详见说明书。

穿刺治疗知情同意书

姓名： 性别： 年龄： 科室：风湿免疫科 床号：13

术前诊断：类风湿性关节炎

拟行手术名称：双膝关节穿刺术

风险告知：

鉴于患者所患疾病，需实施本项手术，但本项手术是一种创伤性医疗手段，存在一定的医疗风险，特此郑重向患者或者家属告知，施行本项目手术的术中或术后可能发生的意外情况和并发症，包括(但不限于)：

- 1、术后窦道形成、长期经久不愈的可能。
- 2、术后并发穿刺点感染、关节感染、化脓性关节炎可能。
- 3、术后感染无法控制，并发全身症状、败血症的可能，并危及患者生命的可能。
- 4、术后膝关节疼痛、功能受限可能。
- 5、术后关节粘连，功能活动障碍的可能。
- 6、术后可能需多次穿刺治疗。因关节退变无法逆转，若保守治疗无效，可能需进一步手术治疗。
- 7、术中、术后并发心脑血管意外或其他无法预料情况。

如果不进行手术，患者可能面临的风险是：感染加重，并疼痛不能缓解。

如果不进行手术，患者可能面临的风险是：感染加重，并疼痛不能缓解。

患者(签字)： 代理人或被授权人签字： 与患者关系
日期：

经治医师和术者签名(双签名)：王 维/刘巍

日期：2018-04-30

手术同意申请及授权委托申明：

经过医生详细告知，我已充分了解病情及上述风险，并理解这是目前医学上难以避免的风险。经过认真考虑，我志愿选择此项手术治疗，并有充分的思想准备愿意承担可能面临的风险。在此特此申请并委托遵义医院的为我施行此项手术。

患者(签字)： 代理人或被授权人签字： 与患者关系：
日期： 日期：

申请书

尊敬的各位老师：

因研究生课题需要，需要使用我院住院病人
(住院号：202012280380)的临床实验室检查及影像学资料，用于发表文章，(文章标题：Pulmonary hypertension secondary to seronegative rheumatoid arthritis overlapping antisynthetase syndrome: a case report and literature review)

已告知患者需要使用上述信息，并取得患者同意，现特向医院提出申请，谢谢！

此致

敬礼



导师：

申请人：

时间：

2022年04月28日

黄承伦