

安徽医科大学第二附属医院
使用干扰素方案抗乙肝病毒治疗知情同意书

姓名 出生日期 1998-02-18 年龄 23岁 性别 男 病历号 科室(门) 感染病科/肝病科 床号

尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人：

根据患者疾病和诊疗的需要，有行干扰素治疗慢性乙肝指征。但是干扰素在治疗疾病的同时，也可能存在一定的副作用，根据卫计委相关文件规定，病人及家属享有知情权，现将该手术治疗期间和恢复期主要的风险及并发症等告知与您，在治疗过程中一旦发生风险和意外，医生会采取积极应对措施，您认真阅读以下内容斟酌后决定是否行此手术。如患方仍不理解可以向医师咨询。

一、患者诊断:慢性乙型肝炎

二、推荐的诊疗：长效干扰素

三、是否有其他可以替代方案：核苷(酸)类似物

四、可能的治疗效果: ☐有效 ☒部分有效 ☐无效 ☐不确定 ☐其他

五、治疗期间和恢复期主要的风险及并发症，包括但不限于下列情况：

1. 流感样症状：发热、流涕、头痛等，在开始治疗时明显，对症处理后好转，一周后逐渐减轻，但少部分患者可出现长期发热。2. 血液系统：可见白细胞、血红蛋白、血小板下降，若出现上述一项或多项下降，要适当使用药物治疗，严重时如溶血性贫血等，需药物减量或停药，必要时行骨穿检查。其中血小板减少会增加重要脏器出血的风险 3. 心血管系统：在干扰素治疗后，可以出现高血压、胸痛、室上性心律失常的报道，若治疗前有高血压，使用干扰素后更有可能诱发心血管系统疾病。少见的有心肌梗死、心绞痛、心包积液等。

4. 中枢神经系统：常见有头晕、眩晕、疲劳、头痛、失眠、抑郁、易激惹、注意力障碍，少见的有精神异常，表现为严重抑郁，自杀企图、攻击性行为，可诱发癫痫等。5. 胃肠道：常见口干、恶心伴呕吐、胃部不适、胃肠道出血、上腹痛、腹泻、便秘、不同程度的食欲减退、血清胆红素升高等。6. 皮肤：常见脱发、瘙痒、出汗、皮疹、皮炎、注射部位硬结及疼痛等，停药后可好转，若原有白癜风等皮肤病，可使原有皮肤疾病加重。罕见的有广泛银屑病。7. 内分泌系统：甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、多汗、盗汗、诱发或加重糖尿病等。如治疗前就已存在甲状腺功能异常或已患糖尿病者，应先用药物控制甲状腺功能异常或糖尿病，然后再开始 IFN 治疗，同时应每月检查甲状腺功能和血糖水平。8. 自身免疫性疾病：可诱发系统性红斑狼疮、风湿性关节炎、血管炎、自身免疫性溶血等。罕见的有网状青斑、结节病，减量或停药的次定基于治疗和症状严重程度权衡利弊。9. 肾病：若治疗前存在肾病，干扰素治疗后有加重肾病的可能。治疗前的肾功能不全会加重干扰素、利巴韦林不良反应的发生。罕见的有肾血栓性微血管病。10. 肌肉骨骼系统：可见肌痛、关节痛、背痛、横纹肌溶解综合征等。11. 眼科：视野障碍等，少见的有视网膜出血、视网膜动脉或静脉血栓。罕见的有眼外肌麻痹（停药后缓解）、短暂性视力丧失。12. 其他：肝功能损害加重（大多呈一过性）、消瘦、味觉听力异常、呼吸困难、鼻炎、诱发结核病及其他不可预料事件等，罕见的有间质性肺炎、急性胰腺炎等。

六、不治疗可能产生的结果：☐疾病加重 ☒症状未缓解 ☐其他：_____

七、成功的可能性: ☐大 ☒中 ☐小 ☐不确定

医学是一门经验科学，还有许多未被认识的领域，而且患者的个体差异很大，因此任何诊疗操作都有可能达不到百分之百的预期结果，有可能出现并发症、损伤甚至病情恶化、死亡的风险。但我们会严格遵守诊疗规范，密切观察病情，及时处理、抢救，力争将风险降到最低限度。

八、医师陈述

我已经向患方充分说明了实行该项治疗的目的、方法及可能的疗效,告知在治疗过程中可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法等相关事宜,并且解答了患方关踊次治疗的相关问题。

安徽医科大学第二附属医院
使用干扰素方案抗乙型肝炎治疗知情同意书

姓名 出生日期 1998-02-18 年龄 23 岁 性别 男 病历号 科室(门) 感染病科/肝病科 床号

尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人：

医师签名： 职称(务) 副主任医师 签名日期 2021年07月08日09时20分

九、患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人意见：

医师已经告知我将要进行的手术，及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他手术方法，并且向我解答了关于此次手术的相关问题。我完全理解此次手术的必要性和存在的风险。我 同意 (填写“同意”或“不同意”) 上述手术方案和以下内容：

1. 在手术中医生可以根据患者的病情变化对预定的手术方案做出调整。
2. 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
3. 我授权医师对手术涉及的病变器官、组织或标本及影像学资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。
4. 我已如实向医生告知患者所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。

患者签名： 签名日期 2021年07月08日10时05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：

患方委托人签名： 与患者的关系： 签名日期 年 月 日 时 分