

南方医科大学深圳医院

乌帕替尼治疗知情同意书

患者姓名:	性别: 男	年龄: 45 岁	病案号:
疾病介绍和治疗建议 医师已告知我患有 <u>溃疡性结肠炎</u> 疾病, 需要使用乌帕替尼治疗。乌帕替尼是目前被证明对病情严重或病程长的难治性自身免疫病有较好治疗效果的药物。			
治疗潜在风险和对策 医生告知我如下可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有列出。具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同。医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容, 如果我有特殊情况可以和医生讨论。			
我理解此治疗过程中可能发生的风险: 我理解我可能出现全身性过敏反应: 包括皮疹、颜面肿胀、喉部不适、咳嗽, 有较小机率出现呼吸困难、血压下降等。 我理解此治疗可能导致机体免疫功能受到抑制, 部分患者受感染的几率增大。 我理解此治疗可能加重充血性心力衰竭。 我理解此治疗可能导致恶心、呕吐、厌食等胃肠道症状。 我理解此治疗可能导致肝、肾功能异常。 我理解此治疗是否增加恶性肿瘤的风险目前尚不明确。 我理解此治疗对部分患者效果不佳。 我理解此治疗有可能出现上述意外情况导致身体器官的损害。			
医师意见	我们将以高度的责任心, 认真执行治疗流程, 做好抢救药品的准备和治疗过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施, 一旦发生意外或并发症, 我们将积极采取应对措施。但由于医疗水平的局限性和个人体质的差异, 意外情况不能完全避免, 且不能保证治疗完全成功, 可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果, 及其他不可预见且未能告知的特殊情况, 恳请理解。 我已向患者解释过此知情同意书的全部条款, 我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。 主管医生签字: <u>陈松</u> 上级医生签字: <u>彭伟</u> 时间: 2023 年 5 月 13 日		
患者及委托代理人意见	我及委托代理人确认: 医生已向我解释过我的病情及所接受的治疗及可能发生的治疗风险。我了解治疗可能出现的风险、效果及预后等情况, 并知道由于医疗水平的局限性和个人体质的差异, 意外情况不能完全避免, 且不能保证治疗完全成功, 可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果; 医生向我解释过其他治疗方式及风险, 我知道我有权拒绝此项治疗, 也知道由此带来的不良后果, 我已就我的病情、该治疗及其风险相关问题向我的医生进行了详细的咨询, 并得到了满意的答复。 <u>我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容, 我做以下声明</u> (请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容, 我做以下声明”字样) 我 <u>同意</u> (填同意) 接受该治疗方案并愿意承担治疗风险。 并授权医生: 在发生紧急情况下, 为保障本人的生命安全, 医生有权按照医学常规予以紧急处理, 更改并选择最适宜的治疗方案。 我 <u>同意</u> (填不同意) 接受该治疗方案。 患者签字: <u>陈松</u> 代理人签字: <u>彭伟</u> 时间: 2023 年 5 月 13 日		