

首都医科大学附属北京儿童医院精神科治疗知情同意书

患者姓名		性别	女	年龄	8	病历号	—
------	--	----	---	----	---	-----	---

尊敬的患者：
根据您目前的病情，现提出如下药物治疗建议：

1、抗精神病药：	阿立哌唑	等；
2、抗抑郁药：		等；
3、抗躁狂药：		等；
4、抗焦虑药：		等；
5、其它药物：		等。

上述治疗方案的目的如下：
控制精神症状，改善和矫正病理性思维、心境和行为，预防复发，促进社会适应能力并提高病人生活质量。

上述治疗可能存在下列不良反应：

- 1、不同精神药物的疗效因人因病情而异，故通过治疗病人可能被治愈或好转，亦可能无效。
- 2、用药期间可能有难以避免的不良反应出现：如体位性低血压、锥体外系反应、粒细胞减少或缺乏、肝功能损害、肾功能损害、心脏功能损害、闭经、溢乳、体重增加（发胖）、色素沉着、口干、便秘、无力、嗜睡、抽搐（癫痫发作）、嗜食等；
- 3、少数还可有严重不可逆反应：如迟发性运动障碍等；
- 4、治疗无效，病情进展。

患者意见：

本人已了解上述治疗建议及可能的不良反应，现在首都医科大学北京儿童医院精神科治疗。

医院工作人员 崔永华 已向我充分告知我的病情、选择以下治疗的理由和可能的不良反应、可以选择的替代医疗方案以及有关费用。我已理解并同意以下治疗：

（一）☒抗精神病药 ☐抗抑郁药 ☐抗躁狂药 ☐抗焦虑药 ☐其他药物；

（二）☐其他： —

患者签名： — 日期： — 年 — 月 — 日

患者（年龄<18岁=监护人签名）： — 日期： 2017 年 11 月 12 日

医师陈述：
我已经将患者目前的病情与诊断，拟采取的治疗方案的目的、可能产生的后果、费用情况以及可供选择的替代方案等信息向患者详细告知。

医师签名： 崔永华 日期： 2017 年 11 月 12 日



首都医科大学附属北京儿童医院精神科治疗知情同意书

患者姓名	██████	性别	男	年龄	5	病历号	—
------	--------	----	---	----	---	-----	---

尊敬的患者：
根据您目前的病情，现提出如下药物治疗建议：

1、抗精神病药：		等；
2、抗抑郁药：		等；
3、抗躁狂药：		等；
4、抗焦虑药：		等；
5、其它药物：	可乐定透皮贴片	等。

上述治疗方案的目的如下：
控制精神症状，改善和矫正病理性思维、心境和行为，预防复发，促进社会适应能力并提高病人生活质量。

上述治疗可能存在下列不良反应：

- 1、不同精神药物的疗效因人因病情而异，故通过治疗病人可能被治愈或好转，亦可能无效。
- 2、用药期间可能有难以避免的不良反应出现：如体位性低血压、锥体外系反应、粒细胞减少或缺乏、肝功能损害、肾功能损害、心脏功能损害、闭经、溢乳、体重增加（发胖）、色素沉着、口干、便秘、无力、嗜睡、抽搐（癫痫发作）、噎食等；
- 3、少数还可有严重不可逆反应：如迟发性运动障碍等；
- 4、治疗无效，病情进展。

患者意见：

本人已了解上述治疗建议及可能的不良反应，现在首都医科大学北京儿童医院精神科治疗。

医院工作人员 崔永华 已向我充分告知我的病情、选择以下治疗的理由和可能的不良反应、可以选择的替代医疗方案以及有关的费用。我已理解并同意以下治疗：

（一）☐ 抗精神病药 ☐ 抗抑郁药 ☐ 抗躁狂药 ☐ 抗焦虑药 ☒ 其他药物；

（二）☐ 其他： —

患者签名： — 日期： — 年 — 月 — 日

患者（年龄<18岁=监护人签名）： ████████ 日期： 2018 年 10 月 12 日

医师陈述：
我已经将患者目前的病情与诊断，拟采取的治疗方案的目的、可能产生的后果、费用情况以及可供选择的替代方案等信息向患者详细告知。

医师签名： 崔永华 日期： 2018 年 10 月 12 日

