

# 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

## 生物制剂治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

性别: 女

年龄: 56 岁

科别: 风湿科

### 疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有 SAPHO 疾病, 需要使用尚杰 (枸橼酸托法替布片) 治疗。尚杰 (枸橼酸托法替布片) 通过抑制炎症因子, 阻断机体免疫反应, 达到减轻组织损伤, 控制病情发展的作用, 是目前被证明为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:

医生告知我如下治疗中可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出。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, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

#### 1. 我理解此治疗过程可能发生的风险:

- a) 我理解此治疗可能导致机体免疫功能抑制, 部分患者感染的发生率增加。
  - b) 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, 有较小的机率出现血压下降、呼吸困难等。
  - c) 我理解此治疗可能导致充血性心衰加重。
  - d) 我理解此治疗可能导致恶心、呕吐、厌食等胃肠道刺激症状、肝功能异常等。
  - e) 我理解我可能出现血细胞减少、头痛、眩晕等症状。
  - f) 我理解此治疗是否增加恶性肿瘤的风险目前尚不明确。
  - g) 我理解此治疗对部分患者效果不佳。
- 一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

### 患者知情选择:

我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

我授权医师对治疗切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名: [REDACTED]

签名日期: 2019 年 3 月 23 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名:

与患者关系:

签名日期: 年 月 日

### 医生陈述:

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: [REDACTED]

签名日期: 2019 年 3 月 23 日

