

上海交通大学医学院
Shanghai Jiao Tong University School of Medicine
生物制剂治疗知情同意书

姓名 _____ 性别 男 年龄 32 病区 风湿免疫科 ID _____

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 特发性多中心 Castleman 病 疾病，需要使用生物制剂 雅美罗 治疗。

生物制剂通过抑制炎症因子，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

医生告知我如下生物制剂治疗可能产生的风险，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。

我理解此治疗过程可能产生的风险：

1. 我理解我可能出现注射部位局部反应，包括轻至中度红斑、瘙痒、疼痛和肿胀等；
2. 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；
3. 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；
4. 我理解此治疗可能导致充血性心衰加重；
5. 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；
6. 我理解我可能有较小的机率出现血细胞减少、头痛、眩晕等症状；
7. 我理解此治疗是否增加恶性肿瘤的风险目前尚不明确；
8. 我理解此治疗对部分患者效果不佳。

替代方案：综合整体病情，暂无其他替代治疗方案，后期视病情经评估是否适合其他治疗。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：_____

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的治疗及治疗后可能产生的并发症和风险、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。如果拒绝接受上述治疗，而由此导致的病情恶化，与院方和医方无关，若拒绝应用上述治疗，可能使治疗延误从而使病情加重，但医方亦会尽量采取其他的方法给予治疗。经慎重考虑，我 同意（同意、不同意）采用生物制剂治疗。

患者签名 _____ 日期 2018年 11月 12日 9时 40分

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

医生陈述：我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能产生的并发症和风险、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 陈立伟 签名日期 2018年 11月 12日 9时 40分



扫描全能王 创建