

广西医科大学第二附属医院

特殊治疗知情同意书

姓名 性别 男 年龄 51岁 科室 呼吸与危重症医学科 病案号

一、病情及所需

医生已解释如下病情(诊断):

1.肉芽肿性多血管炎 2.重症肺炎(细菌+真菌) 3.Ⅰ型呼吸衰竭 4.脓毒血症 5.多器官功能障碍(心肺肝肾消化道血液) 6.上消化道出血 7.重度贫血 8.肝吸虫病 9.慢性中耳炎

结合上述病情(诊断)建议行特殊治疗:

生物制剂治疗:环磷酰胺

二、风险

上述特殊治疗有如下风险:

- 1.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.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、过敏性休克等。
- 3.导致机体免疫功能抑制,部分患者感染的发生率增加。
- 4.可能导致有基础心脏疾患患者充血性心衰加重。
- 5.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.血细胞减少、头痛、眩晕等症状。
- 7.有可能增加某些恶性肿瘤发生的风险。
- 8.同时注射活疫苗可能导致相关感染。
- 9.对部分患者效果不佳,需更换其他生物制剂。
- 10.妊娠期间使用可能出现不可预知的风险。
- 11.其他不可预知意外。

如您已经明白和理解医师告知的以上内容,请在下面横线上签字:

我已明白和理解医师告知的全部内容

(请于横线上抄写:我已明白和理解医师告知的全部内容)







### 三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下替代治疗方案:

- 1.其他药物治疗(糖皮质激素、其他缓解病情抗风湿药物、非甾体抗炎药、植物药等)
- 2.康复理疗;
- 3.手术。

医生已充分解释以上替代治疗方案的如下风险:

- 1.起效慢;
- 2.肝功能、肾功能损害;
- 3.骨髓抑制;
- 4.继发感染。

### 四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况:

- 1.目前病情发展程度及治疗的必要性。
- 2.所需治疗及其风险。
- 3.相关替代方案利弊及其风险。
- 4.上述风险发生的可能后果。
- 5.其他\_\_\_\_\_。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会:

- (1) 询问上述情况的相关问题及其他问题;
- (2) 我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息,并将依据相关法律规定签署同意书。

(医生签名)

(签字日期)

2019.11.19

### 五、患者本人/患者代理人意见

- 1.医生已向我解释该特殊治疗相关内容。
- 2.我已了解该特殊治疗相关风险及并发症,以及这些风险及并发症带来的后果。
- 3.我同意授权该特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 4.我已了解特殊治疗过程中出现针刺伤时,可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 5.我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 6.我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 7.医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。

- 10.我了解医生无法保证该特殊治疗可以缓解患者病情。
- 11.医生已向我充分解释患者病情及该特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果,包括本患者最易出现的风险。

- 12.我了解该特殊治疗中可能留取影像资料,资料可能被用于教学(影像资料将被处理,无法从中识别患者)。
- 13.我已了解该特殊治疗中所取器官/标本将由院方处理。
- 14.我已就患者病情、该特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿要求本知情同意书所述特殊治疗,请签字

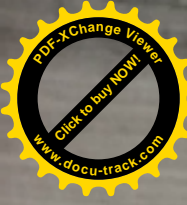
(请于横线上抄写:同意)

(患者本人/患者代理人签字并安指模) (签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述特殊治疗,请签字

(请于横线上抄写:拒绝)





## 特殊治疗知情同意书

姓名                      性别 男 年龄 51岁 科室 呼吸与危重症医学科 病案号                     

### 一、病情及所需

医生已解释如下病情（诊断）：

- 1.肺部阴影性质待查（结核？肿瘤？） 2.两肺炎症 3.中耳炎？

结合上述病情（诊断）建议行特殊治疗：

糖皮质激素治疗

### 二、风险

上述特殊治疗有如下风险：

- 1.体液与电解质紊乱：钠潴留、体液潴留、有心脏基础疾病者可能充血性心力衰竭、钾离子丢失、低钾性碱中毒、高血压。
- 2.免疫系统：掩盖感染、潜在感染发作、机会性感染、过敏反应。
- 3.肌肉骨骼系统：肌无力、类固醇性肌病、骨质疏松、脊椎压缩性骨折、无菌性骨坏死、病理性骨折。
- 4.胃肠道：反酸、烧心感、消化道溃疡、消化道出血、胰腺炎、食管炎、肠穿孔。
- 5.皮肤：妨碍伤口愈合、皮肤薄脆、瘀点或瘀斑、局部注射引起局部皮肤萎缩。
- 6.神经系统：颅内压增高、癫痫发作、眩晕，可能出现下列精神紊乱症状：欣快感、失眠、情绪变化、个性改变及重度抑郁直至明显的精神表现。
- 7.内分泌：月经失调、肢体脂肪重新分布、向心性肥胖、抑制垂体-肾上腺皮质功能、糖耐量异常或糖尿病、增加糖尿病患者对胰岛素或口服降糖药的用量。
- 8.眼：长期使用可能引起后房囊下白内障、青光眼（可能累及视神经）、增加眼部感染机会。
- 9.代谢：因蛋白质分解造成负氮平衡。
- 10.罕见意外：心脏停搏、支气管痉挛、低血压或高血压、过敏反应等。
- 11.其他。

如您已经明白和理解医师告知的以上内容，请在下面横线上签字：

（请于横线上抄写：我已明白和理解医师告知的全部内容）

我已明白和理解医师告知的全部内容

（患者                      人签字）







### 三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下替代治疗方案：

1. 血浆置换。
2. 免疫抑制剂。

医生已充分解释以上替代治疗方案的如下风险：

1. 血浆置换可以在短时间内清除血浆内抗体获得一定疗效，但是存在费用高、若不配合相关药物治疗在停止血浆置换后易出现病情反跳、可能出现输血相关并发症等风险。
2. 免疫抑制剂一般在糖皮质激素治疗无效后使用，可能存在神经损害、远期继发肿瘤、免疫功能下降导致严重感染等相关并发症。

### 四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生的可能后果。
5. 其他\_\_\_\_\_。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- (1) 询问上述情况的相关问题及其他问题；
- (2) 我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书。

(医生签名)

(签字日期)

### 五、患者本人/患者代理人意见

1. 医生已向我解释该特殊治疗相关内容。
2. 我已了解该特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险及并发症带来的后果。
3. 我同意授权该特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
4. 我已了解特殊治疗过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
5. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
6. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
7. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
8. 医生已解释患者预后及不进行该特殊治疗所面临的风险。

10. 我了解医生无法保证该特殊治疗可以缓解患者病情。

11. 医生已向我充分解释患者病情及该特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。

12. 我了解该特殊治疗中可能留取影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。

13. 我已了解该特殊治疗中所取器官/标本将由院方处理

14. 我已就患者病情、该特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿要求本知情同意书所述特殊治疗，请签字

(请于横线上抄写：同意)

(患者本人/患者代理人签字并按指模)

(签字日期)

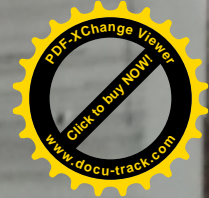
如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述特殊治疗，请签字

(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/患者代理人签字并按指模)

(签字日期)





# 广西医科大学第二附属医院

## 特殊治疗知情同意书

姓名                      性别 男 年龄 51岁 科室 呼吸与危重症医学科 病案号                     

### 一、病情及所需

医生已解释如下病情（诊断）：

1.重症肺炎（细菌+真菌） 2.I型呼吸衰竭 3.脓毒血症 4.肺部阴影性质待查（非结核分枝杆菌肺病？真菌？） 5.肝吸虫病 6.慢性中耳炎

结合上述病情（诊断）建议行特殊治疗：

静脉注射人免疫球蛋白治疗

### 二、风险

上述特殊治疗有如下风险：

- 1.可能发生类过敏反应，如不适、荨麻疹、咳嗽、发热，严重时可引起休克。人免疫球蛋白中有少量IgA，IgA缺乏症患者输入丙种球蛋白后可产生抗IgA的Ig抗体，当再次输入人免疫球蛋白时可产生过敏反应。
- 2.全身反应：发热、寒战、皮疹、恶心、头痛、胸闷等。
- 3.神经系统：头痛、无菌性脑膜炎等。
- 4.血液系统：溶血等。
- 5.感染肝炎病毒（乙肝、丙肝等）、艾滋病、梅毒、疟疾、巨细胞病毒或EB病毒。
- 6.脱发、眼葡萄膜炎等。
- 7.如果患者有心、肺、肾脏严重疾病，可能导致血容量骤然增加，增加了心肺肾负担。
- 8.其他潜在血源性感染。
- 9.其他。

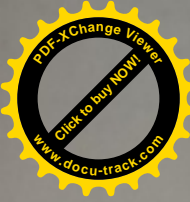
如您已经明白和理解医师告知的以上内容，请在下面横线上签字：

我已明白和理解医师告知的全部内容

（请于横线上抄写：我已明白和理解医师告知的全部内容）







三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下替代治疗方案：

- 激素治疗；
- 免疫抑制剂治疗；
- 血浆置换治疗。

医生已充分解释以上替代治疗方案的如下风险：

- 激素治疗可能出现的风险：
  - (1) 体液与电解质紊乱：钠潴留、体液潴留、有心脏基础疾病者可能充血性心力衰竭、钾离子丢失、低钾性碱中毒、高血压。
  - (2) 免疫系统：掩盖感染、潜在感染发作、机会性感染、过敏反应。
  - (3) 胃肠道：反酸、烧心感、消化道溃疡、消化道出血、胰腺炎、食管炎、肠穿孔。
  - (4) 神经系统：颅内压增高、癫痫发作、眩晕，可能出现下列精神紊乱症状：欣快感、失眠、情绪变化、个性改变及重度抑郁直至明显的精神表现。
  - (5) 其他。
- 免疫抑制剂治疗可能出现的风险：
  - (1) 骨髓抑制、恶心呕吐、消化道糜烂等不良反应。
  - (2) 可能会对肝肾功能、生殖系统造成影响。
- 血浆置换治疗可能出现的风险：
  - (1) 血制品过敏。
  - (2) 感染血液传播性疾病。
  - (3) 血制品无法及时获得。
  - (4) 医疗费用昂贵。

四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

- 1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
- 2. 所需治疗及其风险。
- 3. 相关替代方案利弊及其风险。
- 4. 上述风险发生的可能后果。
- 5. 其他\_\_\_\_\_。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- (1) 询问上述情况的相关问题及其他问题；
- (2) 我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书。

(医生签名)

2019.11.12

(签字日期)

五、患者本人/患者代理人意见

- 1. 医生已向我解释该特殊治疗相关内容。
- 2. 我已了解该特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险及并发症带来的后果。
- 3. 我同意授权该特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 4. 我已了解特殊治疗过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 5. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 6. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 7. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。

医生已充分解释如下替代治疗方案：医生已充分解释以上替代治疗方案的如下风险：

- 10. 我了解医生无法保证该特殊治疗可以缓解患者病情。
  - 11. 医生已向我充分解释患者病情及该特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
  - 12. 我了解该特殊治疗中可能留取影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。
  - 13. 我已了解该特殊治疗中所取器官/标本将由院方处理。
  - 14. 我已就患者病情、该特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。
- 如您确认以上内容并自愿要求本知情同意书所述特殊治疗，请签字

同意

(请于横线上抄写：同意)

(患者本人/患者代理人签字并按指模)

2019.11.12

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述特殊治疗，请签字

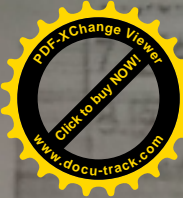
(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/患者代理人签字并按指模)

(签字日期)







# 广西医科大学第二附属医院

## 特殊治疗知情同意书

姓名                      性别 男 年龄 51岁 科室 呼吸与危重症医学科 病案号                     

### 一、病情及所需

医生已解释如下病情（诊断）：

- 1.肺部阴影性质待查（结核？肿瘤？） 2.两肺炎症 3.中耳炎？

结合上述病情（诊断）建议行特殊治疗：

诊断性抗结核治疗

### 二、风险

上述特殊治疗有如下风险：

- 1.胃肠道刺激。
- 2.肝、肾功能损害。
- 3.血细胞减少。
- 4.精神兴奋。
- 5.步态不稳。
- 6.麻木、针刺感、烧灼感、手足疼痛。
- 7.视神经炎、视力模糊、视力减退。
- 8.皮疹，过敏反应，严重者出现剥脱性皮炎。
- 9.头痛。
- 10.发热。
- 11.呼吸困难。
- 12.肌肉疼痛。
- 13.周围神经炎。
- 14.听力下降。
- 15.疗效不佳，病原菌耐药等。
- 16.其他不可预知的意外。

如您已经明白和理解医师告知的以上内容，请在下面横线上签字：

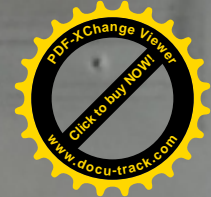
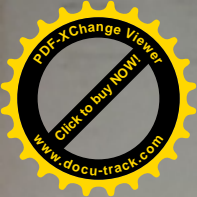
（请于横线上抄写：我已明白和理解医师告知的全部内容）

我已明白和理解医师告知的全部内容



（患者本人或患者代理人签字）





### 三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下替代治疗方案：

- 1.手术治疗；
- 2.中医中药治疗；
- 3.注意休息，营养支持，使用提高免疫力等相关药物；
- 4.其他。

医生已充分解释以上替代治疗方案的如下风险：

- 1.手术治疗创伤大、费用高，有其适应症，手术术中、术后出现并发症；
- 2.结核病进展，败血症；
- 3.合并其他机会性感染或严重的肺外结核（包括重要脏器的结核病：如中枢神经系统结核等）；
- 4.中医中药成分不明，疗效不肯定；
- 5.其他。

### 四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

- 1.目前病情发展程度及治疗的必要性。
- 2.所需治疗及其风险。
- 3.相关替代方案利弊及其风险。
- 4.上述风险发生的可能后果。
- 5.其他\_\_\_\_\_。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- (1) 询问上述情况的相关问题及其他问题；
- (2) 我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书。

\_\_\_\_\_  
(医生签名)

2019.11.4  
(签字日期)

### 五、患者本人/患者代理人意见

- 1.医生已向我解释该特殊治疗相关内容。
- 2.我已了解该特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险及并发症带来的后果。
- 3.我同意授权该特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 4.我已了解特殊治疗过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 5.我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 6.我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 7.医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
- 8.医生已解释替代治疗方案及其可能出现的风险。

- 10.我了解医生无法保证该特殊治疗可以缓解患者病情。
  - 11.医生已向我充分解释患者病情及该特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
  - 12.我了解该特殊治疗中可能留取影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。
  - 13.我已了解该特殊治疗中所取器官/标本将由院方处理。
  - 14.我已就患者病情、该特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。
- 如您确认以上内容并自愿要求本知情同意书所述特殊治疗，请签字

同意  
(请于横线上抄写：同意)

\_\_\_\_\_  
(患者本人/患者代理人签字并捺指模) (签字日期)  
如您确认以上内容并自主决定接受本知情同意书所述特殊治疗，请签字

\_\_\_\_\_  
(请于横线上抄写：拒绝)

\_\_\_\_\_  
(患者本人/患者代理人签字并捺指模) (签字日期)