



重庆医科大学附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University

激素治疗知情同意书

尊敬的患者、患者家属或代理人：

您好！

根据患者目前的病情，有此手术指征，医生特向您详细介绍和说明如下内容：术前诊断、手术名称、手术目的、术中或术后可能出现的并发症、手术风险及替代医疗方案等。帮助您了解相关知识，请您慎重决定，作出选择。

一般项目	姓名			科室	内分泌内科
	病区			住院号	
医师报告	【治疗前诊断】 1. POEMS综合症 2. I型糖尿病伴多并发症 糖尿病性视网膜病变 糖尿病性肾病				
	【建议拟行治疗名称】				
医师报告	【治疗目的】				
	<input checked="" type="checkbox"/> 减轻组织水肿。 <input checked="" type="checkbox"/> 抑制炎症反应。 <input checked="" type="checkbox"/> 减轻过敏反应。 <input type="checkbox"/>				
医师报告	【不治疗可能发生的后果】				
	<input checked="" type="checkbox"/> 目前症状和体征进一步加重。				
医师报告	【替代医疗方案】 （除上述方案外，根据患者的病情，目前我院还有以下替代医疗方案）：				
	<input checked="" type="checkbox"/> 暂无。				
医师报告	【治疗方案选择】 在向患方说明各治疗方案并告知利弊后，患方基于当前病情需要，经慎重考虑，自愿选择行 <u>激素治疗</u> 术。				
	【就患方选择的治疗方案可能出现的并发症及医疗风险】				
医师报告	1、任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状，严重的可能发生过敏性休克，甚至危及生命等。				
	2、 <input checked="" type="checkbox"/> 恶心呕吐等胃肠道刺激、消化性溃疡或穿孔、消化道出血。 <input checked="" type="checkbox"/> 继发感染或使原有感染加重，如结核、真菌、病毒等。 <input checked="" type="checkbox"/> 骨质疏松或病理性骨折，股骨头缺血性坏死。 <input checked="" type="checkbox"/> 外貌改变如库欣面容、体重增加、下肢浮肿、紫纹、痤疮。 <input checked="" type="checkbox"/> 出现精神症状：欣快感、激动、谵妄、不安、定向力障碍。 <input checked="" type="checkbox"/> 继发血压、血糖升高或糖耐量异常，原有高血压、糖尿病控制不理想。 <input checked="" type="checkbox"/> 眼部疾病如青光眼、白内障等。 <input checked="" type="checkbox"/> 电解质紊乱、易出血倾向、创口愈合不良、肌肉无力、肌肉萎缩。 <input checked="" type="checkbox"/> 糖皮质激素停药综合征。				
医师报告	3、其它目前无法预计的风险和并发症				
	4、患者自身存在的高危因素及可能出现的特殊并发症或风险				
我们将以高度的责任心，认真执行检查操作规程，做好抢救物品的准备，针对可能发生的并发症					
患方签字：					

	<p>做好应对措施及检查过程中的密切观察。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保救治完全成功，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，恳请您的理解。</p> <p>我已向患方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。</p> <p>医师签字： <u>龙波</u> 签字时间： <u>20</u> 年 <u>12</u> 月 <u>25</u> 日 <u>19</u> 时 <u> </u> 分 签字地点： <u> </u></p>
患方意见	<p>患者及代理人确认：</p> <p>医生已向患者或代理人解释过患者的病情及所接受的治疗，并已就医疗风险进行了详细说明。患者或代理人了解治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，可能发生医疗意外及存在医生不可事先预见的危险情况；</p> <p>医生已告知患者或代理人其他治疗方案及其风险，患者或代理人知道有权拒绝或放弃此治疗，也明白由此带来的不良后果及风险，患者或代理人已就患者的病情、该治疗及其风险以及相关的问题向医生进行了详细的咨询，并得到了满意的答复；</p> <p>患者或代理人理解医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。</p> <p>(请患者或代理人注明“我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，我做以下声明”字样)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 我 <u>同意</u> (填同意) 接受医师建议的医疗方案，自愿承担手术风险；并授权医师：在手术中或手术后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的检查方案实施必要的抢救。</p> <p><input type="checkbox"/> 我 <u> </u> (填不同意) 接受该医疗方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。</p> <p>患者或代理人签 <u> </u></p> <p>亲属签字： <u> </u> 与患者关系： <u>母女</u></p> <p>患者无法签名的原因： <u> </u></p> <p>签字时间： <u>20</u> 年 <u>12</u> 月 <u>25</u> 日 <u>19</u> 时 <u> </u> 分 签字地点： <u>办公室</u></p>
备注	<p>如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。</p>

患方签字：



重庆医科大学附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University

医患沟通记录

姓名: [REDACTED]

性别: 女

床号: 17

住院号: [REDACTED]

沟通时间 2020-12-25 18:05

地点: 内分泌二医生办公室

参加人员:

医方人员: 龙健副主任医师 符铃遥管床医师

患方人员: 患者家属

目前诊断: 1. POEMS综合症 2. I型糖尿病伴多并发症 糖尿病性视网膜病变 糖尿病性肾病 3. 心功能不全
心功能III级

主要沟通内容:

患者多浆膜腔积液伴多系统损害且伴多内分泌腺功能异常及心脏功能下降等问题, 目前诊断考虑POEMS综合症, 该病目前治疗上无特效治疗方法, 目前临床证据证明可选择糖皮质激素口服治疗、免疫抑制剂治疗、血浆置换治疗等方法, 但以上方法治疗效果差, 且该病本身预后差, 病情进展可出现呼吸衰竭、心力衰竭甚至死亡等严重不良事件, 告知家属以上情况后, 家属同意在我科进行口服激素治疗, 了解该疾病的风险及预后, 告知患者家属口服激素后会引起血糖升高、骨质疏松、加重下肢水肿等不良后果, 与患者家属沟通后家属表示充分理解, 仍愿意继续支持医生治疗。医生已将上述内容详细告知, 本人和家属表示充分理解, 愿意配合医生治疗, 签字为证。

患者签名: [REDACTED]

家属签名: [REDACTED]

沟通医师签名: 龙健

与患者关系: 母女

时间: 年 月 日

时间: 20 年 12 月 25 日

时间: 年 月 日

