

联勤保障部队第九八〇(白求恩国际和平)医院

激素治疗同意书

住院号: [redacted] 姓名: [redacted] 性别: 男 年龄: 32 科室: 内分泌科 床号: 23

临床诊断: 1. 甲状腺功能亢进症 2. 甲状腺功能减退症

因病情需要选择肾上腺糖皮质激素类药物治疗。

本治疗是一种有助于所患疾病治疗的手段,但由于医学的特殊性和病人的个体差异,在治疗过程中及后期,有可能发生以下风险,有些不常见的风险可能没有在此列出。

1. 出现感染的机率和风险可能增加,如:结核、病毒、细菌、霉菌感染。
2. 可能出现血糖、血脂异常,如继发糖耐量异常或继发糖尿病。
3. 可能出现继发性高血压,水钠潴留、充血性心力衰竭。
4. 可能出现肢体脂肪重新分布,向心性肥胖等。
5. 可能出现反酸、烧心,严重者可能出现消化道溃疡,消化道出血。
6. 可能出现骨质疏松、股骨头坏死等。
7. 可能出现继发性精神改变(兴奋、烦躁、失眠、抑郁、淡漠、幻想、妄想等)。
8. 可能有较小的机率出现青光眼、视乳头水肿或白内障加重等眼部情况。
9. 可能有较小的机率出现过敏反应。
10. 可能有较小的机率出现激素耐药,治疗效果不理想。
11. 如果年龄较大,患有高血压,心脏病,糖尿病,肝肾功能不全、精神神经系统疾病或既往有结核、肝炎等慢性感染性疾病,以上这些风险可能会增大。

一旦发生上述风险和意外,医务人员会采取积极应对措施,因目前医学技术所限,难以避免不良后果,特此告知。

主管医师签字:

告知医师签字:

[Signature]

2020年 2月 3日

科内讨论意见:

[Signature]

科主任签字:

[Signature]

2020年 2月 3日

病人现已对自己的病情及将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险均已知情,同意进行肾上腺糖皮质激素类药物治疗,如发生上述情况,表示理解。

病人意见:

[Signature]

签字:

[redacted]

2020年 2月 3日

如患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

授权亲属意见:

与患者关系:

签字:

年 月 日