



兰州大学第二医院

使用人免疫球蛋白治疗知情同意书

科室：神经内一科 第 床 住院号：_____
 姓名：____ 性别：____ 年龄：____ 职业：____
 生/女士：_____

为了充分尊重和保护您在我院诊疗期间的合法权益及健康安全，并取得您对我院医务人员为您制定的诊疗方案的理解和配合，现将人免疫球蛋白治疗的有关事宜向您告知如下，请您务必仔细阅读或听取医生讲解，并做出适当选择，以便于患者早日康复。若您对有关情况尚未充分了解，或尚不能作出选择，请不要在本同意书上签字。谢谢合作！

1. 基本情况告知：

1.1 您所患的疾病为： 癫痫

1.2 人免疫球蛋白治疗的主要目的和意义在于：清除人体内相关致病因子（抗体），目前疾病治疗所需。

2. 免疫球蛋白治疗的并发症或风险：

2.1 使用静注人免疫球蛋白可引起发热反应；

2.2 寒战、发热、颜面潮红、皮疹、恶心呕吐；

2.3 因制品中含少量 IgA，使用后导致 IgA 致敏，快速输注可引起血管超负荷导致肺水肿；

2.4 出现血液粘稠度增高，导致血管栓塞或血栓形成，以及恶性心律失常；

另外：使用静注人免疫球蛋白费用高，且为丙类医保用药，需全额自费。

3. 您对免疫球蛋白治疗的态度或意见：

4.1 请确信您对上述内容是否明白或理解？ 明白

4.2 您对人免疫球蛋白治疗可能突发的不测事件能否谅解？ 谅解

4.3 您是否同意进行人免疫球蛋白治疗？ 同意，请在下方签字为证。

4. 医患双方签字：

患者签字：_____

住院医师签字： 李军强

家属签字：_____

主治医师签字： 白红

代理人签字：_____

(副)主任医师签字： 李军强

2020 年 8 月 7 日 时 分

2020 年 8 月 7 日 时 分