

药品使用知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: 女 年龄: 36 岁

ID 号: [REDACTED]

诊断: 湿疹

尊敬的患者, 目前根据您的病情需要使用药物治疗, 首先您要确认药物食物过敏史: 无。
医生将根据具体病情及治疗过程中的病情变化, 按照医疗原则选择和调整药物。具体告知内容如下:

一、任何药物都有毒副作用, 无论通过口服、注射、外用等任何给药途径, 对人体都用毒害作用, 正常合理用药也可以引起不良反应,

复方多粘菌素 B 软膏副反应包括但不限于: 偶见过敏反应、瘙痒、烧灼感和红肿等。

丁酸氢化可的松乳膏副反应包括但不限于: 长期使用可至皮肤萎缩、毛细血管扩张、色素沉着以及继发感染, 偶见过敏。

二、用药过程中如有不适反应要及时告知医生, 用药剂量不能私自调整。

三、需要试敏的药物在试敏前需告知医护人员没有饮酒, 试敏后或使用后超过 72 小时以及药品更换批号后需要重新试敏, 在进行试敏过程中同样可能出现不良反应, 甚至过敏性休克导致死亡。

四、抗菌药物及毒麻药物如需使用, 将对您做特殊的告知。

六、口服药物本人或家属签收后一律不能退换。

七、出院带药未使用完的剩余药品不予退换。

以上所指药物仅限于我院采购药品, 患者自备或私自使用药物出现一切情况由本人负责。

患者签字: [REDACTED]

日期: 2021.7.4