

特殊治疗（检查）知情同意书

表单编号

版本号 2014-12-A

姓名:

科室: 癫痫多学科门诊

目前诊断: 癫痫, 全面性发作

拟行: 抗癫痫治疗

治疗(检查)

拟行治疗(检查)日期: 2021 年 01 月 05 日

拟行治疗(检查)可能获益(可选):

☐治愈疾病; ☒缓解病程进展; ☒减轻病人痛苦; ☐挽救病变器官功能; ☐消除可能发生的潜在严重隐患; ☒挽救病人生命; ☐协助诊断; ☐其他:

拒绝拟行治疗(检查)可能导致的不良后果:(可选)

☐危及病人生命; ☒加重病情; ☐引起各种严重并发症; ☐感染不能控制; ☐其他:

可能的替代方案:(包括方案名称、方案优缺点)

方案1: 迷走神经刺激术

优点: 控制辅助次数, 替代添加药物, 提高认知功能

缺点: 价格昂贵, 需要定期更换电池

方案2:

优点:

缺点:

其他:

治疗(检查)可能带给您的意外风险及并发症:

- 1、丙戊酸钠: 有脱发, 引起肥胖的副作用
- 2、托吡酯: 有出汗减少, 认知功能减低、肾结石发生的风险
- 3、吡仑帕奈: 有发生躁狂等精神障碍的风险

医生陈述

我已经告知患者及患者家属将要进行的治疗(检查)可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名

孙伟

签名日期 2021 年 1 月 4 日 10 时 30 分

我已详细了解上述各项内容, 对检查必要性、检查风险及相关并发症表示理解, 同意检查。

患者签名

患者授权人员签名

与患者关系

母亲

签名日期

年

月

日

时

分

签名日期

年

月

日

时

分