

免疫抑制剂治疗知情同意书

姓名： 性别： 年龄： 科室： 病区： 病历号：

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 ，需要接受如下免疫抑制剂治疗。

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ 糖皮质激素（口服、甲基强的松龙冲击） | ☐ 细胞毒药物（环磷酰胺） |
| ☐ 霉酚酸酯（骁悉） | ☐ 环孢素 A |
| ☐ 他克莫司（FK506） | ☐ 利妥昔单抗 |

在肾小球疾病的发病机制中，尽管尚有一些非免疫因素的参与，但大多数是免疫介导的。

合理地选择包括糖皮质激素在内的各类免疫抑制剂治疗肾脏疾病，可在相当程度上改善多数患者的预后。

治疗潜在风险和对策：

医生告知我如下免疫抑制剂治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的治疗方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我的治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

2. 我理解此该治疗存在以下风险和并发症：

1) 糖皮质激素的副作用：类皮质激素亢进综合征，出现满月脸、多毛等，药物性高血糖、高血压，骨质疏松、股骨头无菌性坏死，诱发消化性溃疡或溃疡复发，免疫力降低、继发或加重感染，水钠潴留，精神神经症状等；

2) 环磷酰胺的副作用：骨髓抑制，诱发感染，肝功能损害，性腺抑制，出血性膀胱炎，恶心、呕吐等消化道症状，脱发等，有增加膀胱肿瘤的危险；

3) 霉酚酸酯（骁悉）的副作用：骨髓抑制如白细胞减少、贫血，诱发感染，恶心、呕吐、腹泻等胃肠道症状，诱发肿瘤，偶见血尿酸升高、高血钾、肌痛或嗜睡等；

4) 环孢素 A 的副作用：主要有肾毒性，包括慢性间质性肾损害，严重者可出现血栓性微血管病、急性肾功能衰竭，血压增高，齿龈增生，神经毒性，多毛，肝功能损害，消化道症状，血脂异常，有致癌性等；

5) 他克莫司（FK506）的副作用：包括肾毒性，高血压，神经毒性（包括头痛、震颤、睡眠障碍、精神异常及脑病等），血栓性微血管病，骨髓抑制，肝毒性，消化道不良反应及血脂异常等；

6) 利妥昔单抗的副作用：感染，发热、寒战，头痛，血液和淋巴系统异常（白细胞减少、贫血、血小板减少、一过性再生障碍性贫血、淋巴结病等），免疫系统异常（血管性水肿、过敏），高血糖，水肿，精神异常，耳鸣，结膜炎，感觉异常，心脏（房颤、心动过速等），高血压，体位性低血压，恶心，呕吐，皮肤瘙痒，皮疹，肌肉痛等。

7) 其他药物不良反应。

3. 我理解如果我患有高血压、糖尿病、肝肾功能不全、感染性疾病、血液系统疾病、免疫功能受损、肿瘤性疾病等情况，以上这些风险可能会加大，甚至会危及生命，必要时可能不得不中断治疗。

4. 我理解实施治疗过程中如果我不遵医嘱，可能影响药物效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，除上述风险以外，还可能出现以下特殊并发症或风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次操作的相关问题。
- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查、细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。
- 我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负。

患者签名

签名日期

身份证号

联系电话

通讯地址

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属（或法定监护人）在此签名：

患者授权亲属签名

与患者关系

签名日期 年 月 日

身份证号

联系电话

通讯地址

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医师签名

签名日期 年 月 日

患者或授权亲属签名

签名日期 年 月 日