



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

同济医院

使用免疫抑制剂知情同意书

姓名

科别:风湿免疫内科

诊断: 系统性红斑狼疮 血液系统受累 狼疮肾炎

推荐特殊检查(治疗)名称: 免疫抑制剂

根据患者目前的病情,需进行 免疫抑制剂

检查(治疗)。本医师已

针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)方案的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果,本医师已充分向患者或患者近亲属(或代理人)交代。若发生所述情况,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救。是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

其他可供选择(检查)治疗方案:

谈话医师签名:

2021年02月05日 21时03分

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 系统性红斑狼疮 血液系统受累 狼疮肾炎 疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查(治疗),同时授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理,本人愿意承担相应风险和后果。(因系本人意愿,以后对此不提出异议。

(签署意见)

患者(授权委托人)

患者近亲属签名(注明与患者的关系): 本人或

签名时间: 2021年02月05日 21时04分

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿,以后对此不提出异议。

患者(监护人、代理人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者的关系):

签名时间: