



特殊药物治疗知情同意书

第 1 次入院

ID: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 31岁

住院号/门诊号: [REDACTED]

科室: 消化内科

床号: [REDACTED]

诊断: 孤立性直肠溃疡综合征

治疗目的: 抗炎

目前患者病情需要使用 沙利度胺 药物治疗, 但治疗过程中或治疗后可能出现以下副作用:

- 1、严格按照医嘱服药, 不可私自停药;
- 2、可能有消化不良、恶心、呕吐、腹泻、腹痛等消化道症状;
- 3、可能有头痛、头晕、嗜睡、失眠等神经系统症状;
- 4、可能有颜面部水肿、外周水肿、皮疹等不适;
- 5、可能出现白细胞减少等不良反应;
- 6、可能导致周围神经病变、体位性低血压、眩晕、震颤等不良事件;
- 7、可能出现口腔念珠菌感染、心动过缓、癫痫发作等不良事件;
- 8、可能出现过敏反应;
- 9、需要长期随访, 定期复查血常规、凝血功能、肝肾功等;
- 10、其它不可预知的意外;
- 11、不适应立即就诊。

如发生上述并发症, 院方将积极救治, 患方须支持配合救治并缴纳相关费用。

医生陈述:

我已经向 ☐ 患者本人、☒ 患者近亲属、☐ 受委托人说明了使用特殊药物的目的、风险、可能引起的副作用, 以及替代治疗方案等, 并解答了患方提出的相关问题。

医师签名: [REDACTED]

签名时间: [REDACTED]

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见:

我已仔细阅读并理解上述内容, 医生已向我解释清楚使用特殊药物的目的、风险、可能引起的副作用, 以及替代治疗方案等, 我已明白医生的解释, 也明白治疗的风险。因此, 我 (同意/不同意) 接受使用特殊药物 (填药物名称) 治疗。

患者签名: [REDACTED]

患者近亲属/受委托人签名:

与患者关系:

签名时间: 2022.8.30



第 1 次入院

诊疗知情同意书

ID: [REDACTED]

项目名称: 生物样本采集知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 31岁

住院号/门诊号 [REDACTED]

科室: 消化内科

床号: [REDACTED]

临床诊断: 孤立性直肠溃疡综合征

拟行诊断/操作名称:

操作目的:

替代诊疗方案(特殊检查、特殊治疗须填写):

诊疗活动可能涉及的风险:

尊敬的女士/先生:

您好!

欢迎来到广州医科大学附属第三医院消化内科就诊,您在就诊期间,医护人员会对您进行必要的临床检查以及规范治疗。在诊疗过程中,可能需要采集您的外周血、体液或相关组织,通常情况下,上述标本在满足诊断和治疗后立即废弃处理,但是我们需要留取少许标本进行医学研究,所有标本将在不影响临床诊疗和个体健康的情况下进行留取,旨在探索各种重大疾病新的诊断和治疗方法,为广大患者的健康服务。

所留取的标本及您的相关信息将保存在广州医科大学附属第三医院生物样本库,由专业人员进行科学规范的管理,在标本收集、保管和使用过程中,标本采用生物样本库统一编号,对您的个人信息严格保密,我们将在法律允许范围内,保护您的个人医疗信息隐私。您不会从研究中获得经济利益,也不会承担各种试验费用,所有资源仅用于科学研究。您留取标本完全是出于自愿,并且可以随时终止配合此项工作,您的任何医疗待遇和权益不会因此受到影响。

我们衷心希望您能够支持我们的研究工作,非常感谢您对我国医学事业所作出的宝贵贡献!

知情同意: 本人对上述情况已充分了解,自愿参加并同意提供相关生物样本。

患者签名: [REDACTED]

时间: 2022年8月30日 10时8分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名

患者授权亲属签名:

与患者关系:

签名时间:

年 月 日 时 分

医生/护士签名:

[REDACTED]



日期: 2022.8.30



特殊药物治疗知情同意书

第 1 次入院

ID: [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 63岁 住院号/门诊号: [REDACTED]
科室: 消化内科 床号: [REDACTED] 诊断: 孤立性直肠溃疡综合征

治疗目的: 抗炎

目前患者病情需要使用 沙利度胺 药物治疗, 但治疗过程中或治疗后可能出现以下副作用:

- 1、严格按照医嘱服药, 不可私自停药;
- 2、可能有消化不良、恶心、呕吐、腹泻、腹痛等消化道症状;
- 3、可能有头痛、头晕、嗜睡、失眠等神经系统症状;
- 4、可能有颜面部水肿、外周水肿、皮疹等不适;
- 5、可能出现白细胞减少等不良反应;
- 6、可能导致周围神经病变、体位性低血压、眩晕、震颤等不良事件;
- 7、可能出现口腔念珠菌感染、心动过缓、癫痫发作等不良事件;
- 8、可能出现过敏反应;
- 9、需要长期随访, 定期复查血常规、凝血功能、肝肾功等;
- 10、其它不可预知的意外;
- 11、不适应立即就诊。

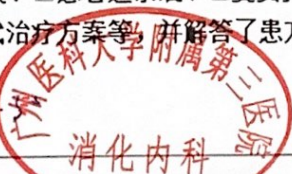
如发生上述并发症, 院方将积极救治, 患方须支持配合救治并缴纳相关费用。

医生陈述:

我已经向 ☐ 患者本人、☐ 患者近亲属、☐ 受委托人说明了使用特殊药物的目的、风险、可能引起的副作用, 以及替代治疗方案等, 并解答了患方提出的相关问题。

医师签名: [REDACTED]

签名时间: 2022.8.30



患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见:

我已仔细阅读并理解上述内容, 医生已向我解释清楚使用特殊药物的目的、风险、可能引起的副作用, 以及替代治疗方案等, 我已明白医生的解释, 也明白治疗的风险。因此, 我 ☒ (同意/不同意) 接受使用特殊药物 (填药物名称) 治疗。

患者签名:

患者近亲属/受委托人签名: [REDACTED]

与患者关系: 女儿

签名时间: 2022.8.30



第 1 次入院

诊疗知情同意书

ID: [REDACTED]

项目名称: 生物样本采集知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 63岁 住院号/门诊号: [REDACTED]

科室: 消化内科 床号: [REDACTED]

临床诊断: 孤立性直肠溃疡综合征

拟行诊断/操作名称:

操作目的:

替代诊疗方案(特殊检查、特殊治疗须填写):

诊疗活动可能涉及的风险:

尊敬的女士/先生:

您好!

欢迎来到广州医科大学附属第三医院消化内科就诊,您在就诊期间,医护人员会对您进行必要的临床检查以及规范治疗。在诊疗过程中,可能需要采集您的外周血、体液或相关组织,通常情况下,上述标本在满足诊断和治疗后立即废弃处理,但是我们需要留取少许标本进行医学研究,所有标本将在不影响临床诊疗和个体健康的情况下进行留取,旨在探索各种重大疾病新的诊断和治疗方法,为广大患者的健康服务。

所留取的标本及您的相关信息将保存在广州医科大学附属第三医院生物样本库,由专业人员进行科学规范的管理,在标本收集、保管和使用过程中,标本采用生物样本库统一编号,对您的个人信息严格保密,我们将在法律允许范围内,保护您的个人医疗信息隐私。您不会从研究中获得经济利益,也不会承担各种试验费用,所有资源仅用于科学研究。您留取标本完全是出于自愿,并且可以随时终止配合此项工作,您的任何医疗待遇和权益不会因此受到影响。

我们衷心希望您能够支持我们的研究工作,非常感谢您对我国医学事业所作出的宝贵贡献!

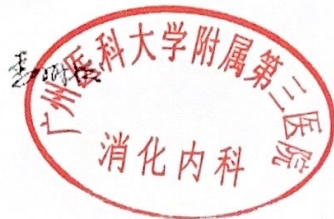
知情同意: 本人对上述情况已充分了解,自愿参加并同意提供相关生物样本。

患者签名: 时间: 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名

患者授权亲属签名: [REDACTED] 与患者关系: 女儿 签名时间: 2022年8月30日 10时8分

医生/护士签名:



日期: 2022.8.30