

中国中医科学院西苑医院

治疗知情同意书

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有足细胞折叠病，需要接受如下药物治疗：

霉酚酸酯（骁悉）

环孢素 A

阿利沙坦片

其他药物：[其他药物]

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) 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；
 - 2) 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；
 - 3) 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。

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 2022.2.10

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：