

云南省第一人民医院

儿科特殊药物治疗知情同意书

患者姓名 [REDACTED]

性别 [REDACTED]

年龄 [REDACTED]

住院号 [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我的孩子患有 新生儿高血压，根据病情，需要药物 苯磺酸氨氯地平片 治疗。药物治疗是保证临床有效治疗得以顺利进行的重要措施之一，亦是抢救急、危、重症患者生命的必要手段。

治疗潜在风险和对策:

在患儿接受药物治疗前，医护人员将有义务和责任向患儿家属明确说明有关药物治疗中可能存在的风险；同时可能发生不良反应。医生告知我，如下药物治疗可能发生不良反应，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患儿的情况有所不同。

我理解任何所用药物都可能产生副作用:

- 1) 可能引起过敏反应；严重时可引起血管源性水肿、多形性红斑，甚至过敏性休克；
- 2) 可能出现胃肠道反应、心律失常、中枢及外周神经系统病变、血小板减少性紫癜等不良反应；
- 3) 可能导致短时间血糖升高。

除上述情况外，本药物尚有可能发生的其他并发症如：难以纠正的急性低血压、以及药品说明书中叙述的其他情况

我理解治疗后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素：我理解根据我个人的病情，我可能出现以下并发症或风险：

低血压、过敏、高血糖等情况。

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人意见:

有关药物治疗的原因、必要性以及可能存在的风险性和不良反应，医护人员已经向我们详细告知，我们理解，在使用过程中上述风险是难以完全避免的。

我 同意 (“同意”) 实施必要的药物治疗并自主自愿承担可能出现的风险。若在药物治疗过程中发生意外紧急情况，同意 (“同意”) 接受必要处置。

患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

如果患者无法 _____ 书，请其授 _____ 在此签名:

患者亲属签名 [REDACTED] 与患者关系 [REDACTED] 签名日期 2022 年 9 月 15 日

医护人员陈述:

我已经告知患者、患者家属或患者的法定监护人、授权委托人有关药物治疗的原因、必要性以及药物治疗可能存 _____ 不良反应，并解答了关于药物治疗相关的问题。

医生签 _____

签名日期 2022 年 9 月 15 日

