



温州医科大学附属乐清医院
乐清市人民医院

治疗知情同意书

患者姓名: 性别: 男 年龄: 51岁 病历号:

诊断: 新型冠状病毒肺炎

检查或者治疗名称: 胸腺肽针1.6mg 皮下注射 biw

该项检查（治疗）可能存在如下并发症或者风险: 1. 注射部位疼痛, 皮肤红肿, 短暂性肌肉萎缩, 多关节痛伴有水肿, 皮疹。2. 出现过敏反应。3. 肝功能一过性异常, 当ALT波动发生时本品通常应继续使用, 除非有肝衰竭的症状和预兆出现。4. 可能与同时使用的其他药物发生药物相互作用。5. 其他难以预料的病情变化。

我的医生已经告知我将要进行治疗及治疗后可能发生的并发症和风险。我同意上述检查治疗。我同意在治疗中医生可能根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

患者（签名或盖章） 时间 2020 年 4 月 28 日

患者委托人 与患者关系

医师 时间 2020 年 4 月 28 日

