

浙江大学医学院附属邵逸夫医院

药物治疗知情同意书

1. 这是一份有关化学治疗的告知书。目的是告诉您有关药物治疗相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次药物治疗有关的任何疑问，决定是否同意进行药物治疗。
2. 综合您的疾病情况，由于患者患有 体位性低血压 考虑使用 米多君。由于已知或未知的原因，任何药物治疗都有可能：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡等。因此，医生不能对药物治疗的治疗效果作出任何的保证。您有权知道治疗的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。
3. 医生会用通俗易懂的语言给您解释：
 - 3.1 使用的依据、目的、预期的效果及大致费用。
 - 3.2 告诉你药物可能达不到预期的效果。
 - 3.3 告诉可能出现的副作用：

症状不能改善，血压控制不佳，晕厥再发等风险

3.4 针对上述情况和潜在风险，医生用通俗易懂的语言进行解释，并将采取的防范措施。基于药物可能出现的各种不良反应，我们将定期对您进行临床检测，请及时与临床医生保持联系。

4. 为了确保您对上述内容的准确理解，在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前，医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问，希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示：

您已阅读并理解、同意前面所述的内容；您和您的家属对使用该药可能带来的不良反应和意外表示理解，愿意承担因此带来的风险和责任；

您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释；

您授权并同意医生为您使用 米多君

您并未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签字：

签字时间：

2020. 9. 12

☐ 患者本人

☒ 患者家属

☐ 父母

☐ 监护人

☐ 委托代理人

医生签字：

签字时间：

2020. 9. 12

病历号

患者姓名