

四川大学华西第二医院 特殊药物治疗知情同意书

姓名:

性别: 男性

年龄: 4岁3月

登记号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有难治性癫痫, 需要进行吡仑帕奈治疗。

特殊药物使用可能获得益处: 可治疗及控制疾病的进展、改善症状、改善生活质量。

拒绝特殊药品使用可能导致不良后果: 特殊药品有特殊的功能和疗效, 拒绝使用可能加重病情、病情不能控制或疾病复发, 严重时可能危及生命。

可供选择的其它治疗方法: 特殊药物一般没有可靠的替代方法

治疗潜在风险和对策

医生告知我特殊药物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及疾病状态有所不同, 医生告诉我有关治疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与医生讨论。

1. 我理解任何治疗都存在风险。
2. 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。
3. 我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策:
 - 1) 药物的过敏反应、中毒反应、有时可危及生命;
 - 2) 神经系统: 眩晕、嗜睡、头痛、易怒、跌倒、共济失调、眩晕、构音障碍、焦虑、攻击行为、情绪改变、记忆障碍、感觉异常等;
 - 3) 全身反应: 疲劳、背疼、体重增加、肌肉骨骼疼痛、关节痛、口咽痛、外周水肿、肢体疼痛等;
 - 4) 消化系统: 恶心、呕吐、便秘等;
 - 5) 眼部: 视力模糊、复视等;
 - 6) 呼吸系统: 上呼吸道感染、咳嗽等;
 - 7) 其他: 头部损伤、肢体损伤、皮肤撕裂伤、挫伤等;
 - 8) 可能治疗效果欠佳或预后不良;

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

2020.5.15

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

我的医生已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。我自愿选择 手术 治疗。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情预定的治疗方式做出调整。

我理解我的治疗需要多位医生共同进行。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

我们对该治疗风险及不良后果表示完全理解，并承担相应的风险和后果，在签署本知情同意书同时授权医生在遇有紧急情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施和变更治疗方案，并保证承担全部所需费用。

医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

患者（监护人）签名 张 签名日期 2020 年 5 月 15 日

如果患者监护人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 签名日期 年 月 日

医务人员签字 杨华 签名日期 2020 年 5 月 15 日