



姓名: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

特殊检查/治疗知情同意书

[REDACTED] 男, 50岁, 科室: 神经内科, 住院号 [REDACTED] 目前诊断为1、自身免疫性脑炎
2、癫痫持续状态, 经研究需做 甲泼尼龙冲击治疗。该项措施是一种有效的诊治方法, 但可能会发生意外和并发症。现告知如下, 包括但不限于:

- 1、对糖代谢的影响: 引起或加重血糖升高; 引起或加重高胰岛素血症。
- 2、对学员的影响: 升高血压, 导致或加重全身和局部水钠潴留。
- 3、对骨代谢的影响: 出现骨量减少或骨质疏松、骨折甚至股骨头坏死。
- 4、对电解质的影响: 低血钙、低血钾、水电机制紊乱。
- 5、对血脂的影响: 血胆固醇、甘油三脂、脂肪酸升高。
- 6、对骨髓造血系统的影响: 白细胞、血小板、红细胞计数增高或降低。
- 7、出现满月脸、肥胖、紫纹、出血倾向痤疮。
- 8、女病人出现月经紊乱。
- 9、广泛小动脉硬化, 颜面或四肢浮肿, 创口不愈合。
- 10、精神症状: 如欣快感、情绪激动、不安、谵妄、定向力障碍。
- 11、肌无力、肌萎缩。
- 12、胃肠道刺激: 如恶心、呕吐、腹痛、消化性溃疡或肠穿孔、胰腺炎。
- 13、青光眼、白内障、眼压增高、颅内高压综合症。
- 14、诱发或加重各种类型的感染, 如细菌、病毒、结核等。
- 15、肝肾功损害。
- 16、全身或局部过敏反应: 如面部、鼻粘膜及眼睑肿胀、荨麻疹、气短、胸闷。
- 17、停药后可能出现下丘脑-垂体-肾上腺轴功能减退, 如全身乏力、食欲减退、恶心、呕吐、血压降低、头昏、头痛、激素依赖。

医疗申明: 医方认为根据您的现有病情, 该项措施是必须的, 我们将严格按照医疗工作制度和操作常规予以完成。该项措施一般来说是安全的, 但由于具有创伤性或/和风险性, 因此医师不能保证其措施的效果; 同时因个体差异及某些不可预料的因素, 导致上述问题的发生具有不可预知性, 轻者给患者带来痛苦和经济负担, 重者可导致病人残疾甚至死亡, 一旦出现上述情况医方将采取有效措施全力救治, 患方应予充分理解, 同时必须从医疗费用和生活护理等方面为医方展开及时救治提供保障。若因患方原因延误救治, 相应后果由患方自行承担。

患方申明: 医方已向我详细告知了该项措施的必要性、危险性及可能发生的问题。做为患方, 对此告知我已完全理解, 决定 作自愿, (由患方填写“自愿”或“拒绝”) 接受此项措施。我也明白在进行该项诊疗工作中, 在不可预见的情况下, 可能需要其他附加操作或变更方案, 我授权医



德阳市人民医院
People's hospital of Deyang city

住院号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

师在遇有紧急情况时,为保障我的生命安全实施必要的救治措施,我将承担全部所需费用。在此予以签字确认。

同意书解释人: [REDACTED]

患方签字: [REDACTED]

与患方关系: [REDACTED]

签字日期: 2019年05月10日