

特殊治疗同意书

因患者病情需要，经过讨论认为应对其实施该项特殊治疗。现医师履行告知义务，请患者及其家属对告知事项及有关问题充分注意，并在慎重考虑的基础上行使知情同意权，决定是否接受医院的诊疗意见。

患者：[REDACTED] 性别：[REDACTED] 年龄：[REDACTED]

目前诊断：脾边缘区淋巴瘤

目前诊断：弥漫大B细胞淋巴瘤

拟行治疗：奥妥珠单抗注射液+泽布替尼

我们将以高度的责任心认真对待，但因目前的医疗技术手段的局限性、病人的个体差异及某些不可预测的因素，可能出现下列情况：

1. 过敏反应，如寒战、发热、皮疹、面部潮红、血管性水肿、恶心、呕吐、头痛、疲劳、咽喉刺激、鼻炎、低血压、支气管痉挛等，严重者可危及生命；
2. 由于美罗华抑制免疫功能，使用后有出现病毒和细菌等感染的可能；
3. 原有心脏病者病情可能加重，如心绞痛和心衰；
4. 严重的输液相关肺部不良反应，包括低氧血症、肺浸润、急性呼吸衰竭；
5. 严重的细胞因子释放综合征；
6. 血液学不良反应，可出现一系或多系血细胞减少；
7. 可出现肝肾等脏器功能损伤等不良反应；
8. 其它药物不良反应；
9. 使用美罗华后无效。

是否同意：

同意

被告知人签名：

[REDACTED]

其他亲属或关系人签名：

告知医师签名：张彬

2022年7月25日

注：被告知人一般为患者本人，如本人无完全民事行为能力，被告知人为其法定代理人；如果患者因病或因医疗保护性措施无法签字时，被告知人为其诊疗授权委托书中注明的委托人。如遇急诊，受托人不在场，被告知人为其近亲属；近亲属不在，为其关系人。

姓名: [REDACTED]

住院号: 867301

特殊治疗同意书

因患者病情需要,经过讨论认为应对其实实施该项特殊治疗。现医师履行告知义务,请患者及其家属对告知事项及有关问题充分注意,并在慎重考虑的基础上行使知情同意权,决定是否接受医院的诊疗意见。

患者: [REDACTED]

性别: [REDACTED]

年龄: [REDACTED]

目前诊断: 脾边缘区淋巴瘤

拟行治疗: 美罗华(利妥昔单抗)联合泽布替尼方案

我们将以高度的责任心认真对待,但因目前的医疗技术手段的局限性、病人的个体差异及某些不可预测的因素,可能出现下列情况:

1. 过敏反应,如寒战、发热、皮疹、面部潮红、血管性水肿、恶心、呕吐、头痛、疲乏、咽喉刺激、鼻炎、低血压、支气管痉挛等,严重者可危及生命;
2. 由于美罗华抑制免疫功能,使用后有出现病毒和细菌等感染的可能;
3. 原有心脏病者病情可能加重,如心绞痛和心衰;
4. 严重的输液相关肺部不良反应,包括低氧血症、肺浸润、急性呼吸衰竭;
5. 严重的细胞因子释放综合征;
6. 血液学不良反应,可出现一系或多系血细胞减少;
7. 可出现肝肾等脏器功能损伤等不良反应;
8. 其它药物不良反应;
9. 使用美罗华后无效。

是否同意: 同意

被告知人签名: [REDACTED]

其他亲属或关系人签名: [REDACTED]

告知医师签名: 郭峰

2021年12月15日

注: 被告知人一般为患者本人,如本人无完全民事行为能力,被告知人为其法定代理人;如果患者因病或因医疗保护性措施无法签字时,被告知人为其诊疗授权委托书中明确的委托人。如遇急诊,受托人不在场,被告知人为其近亲属,近亲属不在,为其关系人。