

药物治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

医生姓名: 易天新

药物信息

药品名称: 吡喹酮

生产厂商: [REDACTED]

剂型: [本品为白色片, 每瓶 100 片]

规格: [0.2g]

用法用量: [总剂量为 210mg/kg, 每日 3 次, 连服 3 日]

目的: 本同意书的目的是确保患者充分了解并同意接受吡喹酮药物治疗, 并明白可能的风险和效果。

知情同意内容:

我明白吡喹酮是一种药物, 用于华支睾吸虫病的治疗。

我已经被告知关于吡喹酮的可能的治疗效果和预期的疗程。

我了解吡喹酮可能的副作用, 包括但不限于 1、常见的副作用有头昏、头痛、恶心、腹痛、腹泻、乏力、四肢酸痛等, 一般程度较轻, 持续时间较短, 不影响治疗, 不需处理。 2、少数病例出现心悸、胸闷等症状, 心电图显示 T 波改变和期外收缩, 偶见室上性心动过速、心房纤颤。 3、少数病例可出现一过性转氨酶升高。 4、偶可诱发精神失常或出现消化道出血。

我知晓可能的过敏反应, 并已告知医生我对吡喹酮或其成分是否存在过敏。

我明白在药物治疗期间可能需要进行定期的医学监测, 并愿意按医生的建议进行检查和测试。

我同意随时向医生报告任何新出现的症状、不适感或变化, 以便及时调整治疗方案。

我明白在治疗期间, 可能需要调整药物剂量或更换其他治疗方案, 以获得最佳效果。

我知道吡喹酮可能与其他药物相互作用, 已告知医生我当前正在使用的所有药物, 包括处方药和非处方药。

我已经向医生提出了我对吡喹酮治疗的任何疑虑和问题, 并已得到满意的解答。

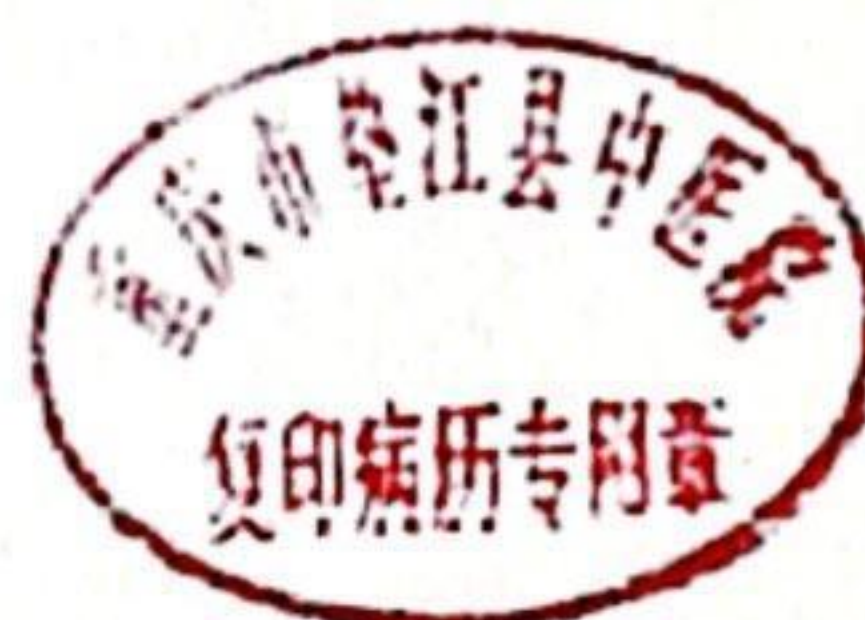
同意声明: 我已经充分了解了吡喹酮药物治疗的信息, 并同意接受这种治疗。我明白可能存在的风险和不确定性, 并愿意按照医生的建议进行治疗。

患者签名: [REDACTED]

日期: 2022.9.30

医生签名: 易天新

日期: 2022.9.30





姓名: [REDACTED] 性别: 男 科别: [REDACTED] ID号: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]

医患沟通记录

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 27岁 床号: [REDACTED]

入院时间: 2022-09-28

谈话地点: 医生办公室

谈话时间: 2022-09-28 12:16

记录人: 易天新

谈话人员: 医方: 易天新

患方: 患方及家属

为了医患双方能更好地配合, 让患者能及时、准确、合理地得到诊断治疗, 我们进行一次正式谈话:

一、欢迎入住风湿病疼痛科病房, 我是您的主管医师 易天新, 您有什么疑问和困难请随时与我们联系, 我们将尽量为您提供帮助和解决。

二、_____患者您好! 请问您是否属于: 垫江县建档立卡贫困人口□、垫江县农村低保对象□、垫江县农村特困人员□, 或者以上均不是☒。本次住院, 医院将落实相关政策, 主管医生已经将相关事宜向您宣讲清楚, 请问您是否确认已经知晓 (已经知晓 ☒, 不知晓□)。

三、根据现有的病史资料 and 检查情况, 我们目前初步考虑患者所患疾病是: 中医诊断: 1. 大傩 11 肝肾亏虚证 西医诊断: 1. 强直性脊柱炎, 需进行三大常规、肝肾功、D-二聚体、血沉、MRI 等相关检查。

四、根据患者目前的病情, 我们的治疗计划或方案是: 首先完善相关检查, 目前暂时给予治疗方案是:

治疗方案一: 抗炎止痛、护胃、理疗等对症治疗

优点是: 费用低, 长期效果好

缺点是: 起效慢

治疗方案二: TNF拮抗剂等生物制剂治疗

优点是: 起效快

缺点是: 费用高, 需排除结核等感染

五、由于医学科学尚有许多未确定因素, 疾病的发生、发展也因个体差异存在许多意外情况。因此, 在检查治疗过程中可能会出现: 症状缓解不明显 根据专科情况进行风险告知。

六、在治疗过程中, 如对我们的治疗或服务不满意可以向科主任、护士长或我院医务部投诉。如发生医疗纠纷患方须按照《医疗纠纷预防和处理条例》通过以下方式解决:

(一) 院内协商解决; (二) 通过垫江县医疗纠纷调解委员会解决; (三) 向卫生行政部门申请医疗事故技术鉴定, 按国务院《医疗事故处理条例》处理或向人民法院诉讼, 依法维护自己的合法权益。





重庆市垫江县中医院

姓名: [REDACTED] 性别:男 科别:[REDACTED] ID号:[REDACTED] 病案号:[REDACTED]

七、如您为医保或新农合病人,则三天内必须到我院医保办公室登记,如逾期不登记,您将有可能无法报销医疗费用,到时后果自负;如患方故意隐瞒受伤病史,恶意骗取医保资金的由患方承担全部责任。

八、患者在住院期间我们将坚持合理用药及合理检查,但根据患者的病情有可能使用部分自费药或自费的特殊检查。

九、住院期间患者本人不得擅自离开医院,否则产生一切后果患者本人负责。

十、根据疫情常态化防控需要,对新入院患者及陪护应行新冠肺炎病毒核酸检测。

十一、病人或家属的意见和建议:

医生详细告知,我已知晓, 我选择 1 方案。

我们尊重患者及家属的意见,如您在住院期间有新的意见和建议,可随时给我们提出,我们将竭诚为病员服务。

患者签名: [REDACTED]

患者家属或受托人签名: _____ 与患者关系: _____ 电话: _____

患者无法签名的原因: _____ 签字日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

医师签名: 易天新 签字日期: 2022 年 9 月 28 日 12 时 30 分

