

糖皮质激素药物使用知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男性 年龄: 33岁 科别: 呼吸与危重症医学科 床号: 283 住院号: [REDACTED]

拟使用药物名称: 地塞米松/甲强龙

诊断:

替代治疗方案有 - 无

告知内容:

根据患者病情, 适于采用糖皮质激素治疗, 大量的临床应用表明, 糖皮质激素短期内应用对大多数人是安全的, 但长期使用可能发生无法预料或不能防范的不良后果, 现在向病人及家属交待可能发生的不良反应和使用的注意事项:

- 1、需坚持用药, 减药或停药需在专科医师指导下进行, 不能自行突然停药, 否则可能会导致病情加重;
- 2、医源性肾上腺皮质功能亢进症, 可以发生满月脸, 向心性肥胖、痤疮、多毛、水肿、高血脂、高血压、低血钾、肌肉萎缩、骨质疏松、血糖增高、股骨头无菌性坏死等;
- 3、诱发和加重感染: 有可能在应用后使原来隐患感染发生播散或产生新的感染;
- 4、胃肠道副作用: 常见有恶心、腹胀、上腹部不适、腹痛等, 长期使用可导致消化性溃疡的发生、发展, 严重时可引起出血和胃肠道穿孔, 促发胰腺炎;
- 5、精神症状: 容易激动, 诱发癫痫发作, 个别甚至有精神分裂症;
- 6、其他: 如眼部疾患, 诱发青光眼等;
- 7、其他可能发生的情况, 不可预料。

本人(及家属)已认真阅读了以上内容, 知悉使用糖皮质激素治疗中可能出现的并发症及其他不良后果, 为了本人疾病康复的目的, 对以上各项不良后果的风险表示理解, 同意接受治疗

医师签名 [REDACTED]

患者家属(限近亲属)/监护人签名

患者本人签名 [REDACTED]

病人授权的代理人 [REDACTED]

2023年2月7日 18:58



南昌大学第一附属医院
CT/B超引导下穿刺肺活检/射频消融术/放射性粒子
治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男性 年龄: 33岁 科别: 呼吸与危重症医学科 床号: 283 住院号:

身份证号码: [REDACTED]

拟定麻醉方式: 局部麻醉

替代治疗方案 ☒ 有 保守治疗, 手术治疗 ☐ 无

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我, 需要在局部麻醉下进行肺穿刺活检术。此操作的目的在于取肺组织送病理, 协助确定诊断。除了本手术外, 还有以下诊疗替代方案:

CT/B超引导下穿刺肺活检在肺内病变诊断上非常重要, 与外科肺活检相比较有损伤小, 费用低等优势, 而冷循环微波刀及放射性粒子治疗肺部肿瘤具有微创、有效性及安全性高的优点。

手术潜在风险:

医生告知我如下CT/B超引导下穿刺肺活检/冷循环微波/放射性粒子治疗术可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的术式根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
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. 我理解此手术可能发生的风险及医生的对策:
 - 1) 胸膜反应;
 - 2) 血胸;
 - 3) 气胸、压缩性肺不张;
 - 4) 麻醉药物过敏;
 - 5) 局部出血、渗水、肿瘤针道转移;
 - 6) 伤口感染;
 - 7) 损伤局部神经。
 - 8) 操作不成功, 活检取材不满意;
 - 9) 冷循环微波刀治疗存在以下附加风险: 周围组织脏器损伤导致大出血或穿孔、瘘道、或神经病变, 术后发热、气胸、咯血;
 - 10) 放射性粒子植入存在以下附加风险: 植入不成功, 粒子脱落, 移位, 栓塞血管等;
 - 11) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提前请患者及家属特别注意的其他事项, 如

特殊风险或主要高危因素:

我理解根据我个人的病情, 我可能出现其它不可预料的风险。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的手术方式、此次手术及术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手术的相关问题。



南昌大学第一附属医院
CT/B超引导下穿刺肺活检/射频消融术/放射性粒子
治疗知情同意书

姓名: 性别: 男性 年龄: 33岁 科别: 呼吸与危重症医学科 床号: 283 住院号:

身份证号码:

- 我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 我理解我的手术需要多位医生共同进行。
- 我并未得到手术百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、

细胞学检查和医疗废物处理等。

我已详细阅读以上内容, 对医生护士的告知表示完全理解, 经慎重考虑, 我决定同意/不同意做此手术, 并自愿承担手术中的自费项目费用。

患者签名: 签名日期: 2023年2月9日 14:51

如果患者无法签署同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: 与患者关系:

签名日期: 2023年2月9日 14:51

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术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手术的相关问题。

医生签名: 签名日期: 2023年2月9日 14:51

主刀医生签名: 签名日期: 2023年2月9日 14:51

