

温州医科大学附属东阳医院

Dongyang Hospital affiliated to Wenzhou Medical University

抗真菌治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 29 岁 住院号: [REDACTED]

病情和治疗建议:

因患者诊断: 肺隐球菌病 需行抗真菌治疗, 但抗真菌治疗中可能出现以下毒副反应: 1. 肝、肾功能损伤, 严重者出现肝、肾功能衰竭。2. 皮疹、脱发, 严重者剥脱性皮炎。3. 胃肠道异常: 腹痛、腹泻、胃肠胀气、恶心、呕吐。4. 神经系统: 眩晕、头痛、抽搐。5. 血液系统: 中性粒细胞减少、血小板减少, 严重者三系减少。6. 心脏异常: Q-T 间期延长, 尖端扭转型室性心动过速。7. 代谢、营养异常。8. 其他意想不到的副作用而危及生命。以上风险向患者及其家属说明清楚, 另外, 医务人员针对以上风险将采取防治措施, 患者家属表示理解以上风险, 同意使用, 并愿承担以上风险, 予签字为凭。

患者知情选择

经慎重考虑及自主选择, 我要求进行抗真菌治疗。

患者签名 [REDACTED] 签名日期: 2017.6.12

如患者无法签署知情同意书, 请其授权的家属在此签名:

患者授权家属签名: 与患者关系: 签名日期:

医生陈述:

我已告诉患者将要进行的治疗方案, 此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险, 并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: [REDACTED] 签名日期: 2017.6.12