

重庆市九龙坡区中医院

免疫抑制剂治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: [REDACTED]

科别: 肾内科

床号: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有慢狼疮性肾炎 系统性红斑狼疮病,需要使用糖皮质激素治疗。

糖皮质激素是目前治疗系统性红斑狼疮、干燥综合症、类风湿性关节炎、血管炎等自身免疫疾病的常用药物之一,是迅速控制和缓解病情以拯救生命或重要器官功能的必要治疗措施。

治疗潜在的风险和对策

医生告知我如下糖皮质激素治疗可能发生的风险,有些不常见的风险可能没有在此列出。

如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解此治疗方案可能发生的风险和医生的对策:

- (一) 感染的几率和风险可能增加,如:结核、病毒、细菌、霉菌感染。
- (二) 血压、血糖、血脂异常,如继发高血压或继发糖尿病。
- (三) 肢体脂肪重新分布、向心性肥胖等。
- (四) 反酸、烧心,严重者可能出现消化道溃疡、消化道出血。
- (五) 骨质疏松、股骨头坏死等。

2. 我理解治疗中或治疗后不遵医嘱,可能影响治疗效果。

特殊风险或主要的高危因素

我理解根据我个人的病情,我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

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治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名 [REDACTED] 签名日期 2020年 6 月 24 日

如果患者无法或不宜签署该知情同意书,请其授权的代理人或近亲属在此签名:

患者授权的代理人或亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的治疗方式,该治疗及治疗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该治疗的相关问题。

医生签名 [REDACTED] 签名日期 2020年 6 月 24 日

