

中国人民解放军总医院  
小儿内科褪黑素治疗知情同意书

门诊号: [REDACTED]

门诊 [REDACTED] 小儿内科一病区

住院号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 4岁	亲属电话: [REDACTED]
主要诊断	1. 癫痫; 2. 肥胖; 3. 睡眠障碍		
处置建议	患者因病情需要使用褪黑素治疗。 经治医师签名: <u>石林</u> 主管医师签名: <u>石志子</u>		
患者须知及可能出现的不良后果	褪黑素可能的不良反应为: 1. 代谢和营养: 高血压症; 2. 神经系统: 嗜睡、头痛、激动、镇静, 易激惹; 3. 呼吸系统: 打鼾; 4. 消化系统: 恶心、腹痛、呕吐、口腔炎等; 5. 骨骼肌肉系统: 肩膊酸痛; 6. 泌尿系统: 血尿、蛋白尿; 7. 化验检查: 肝功能异常、嗜酸性粒细胞数增加、尿PH上升、尿比重增加、尿中胆红素原增加; 8. 全身症状: 疲劳感。但既往研究其发生情况与对照组相比无显著差异。如果在研究期间您的孩子出现任何不适, 或者病情发生新的变化, 不管是否与本研究有关, 均应及时通知您的医生, 他/她将对此作出判断并给予适当的医疗处理及建议。		
患者知情选择意见	主管医生已经向我们讲明褪黑素治疗的副作用, 对此我们表示知情, <u>同意</u> (填写: 同意或者不同意) 使用治疗。如果在褪黑素治疗过程中发生以上情况, 本人表示理解, 接受事实, 并不以此为由拒付医疗费或引起医疗纠纷。 患者签名 _____ 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的委托人在此签名: 授权委托人签名 <u>[REDACTED]</u> 患者关系 <u>母亲</u> 日期 <u>2019</u> 年 <u>1</u> 月 <u>29</u> 日 单位负责人签名 _____ 职务 _____ 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
主诊医师意见	科室领导或主诊医师签名: <u>石志子</u> 2019年1月29日		
临床部意见	签名: _____ 年 月 日	医疗处意见	签名: _____ 年 月 日
医务部或院领导意见	签名: _____		