## 超药品说明书用药知情同意书

姓名： 性别： 年龄： 科室：

床号： 住院号： 身份证号：

临床诊断：

涉及超药品说明书用药的药品（以下简称被告知药品）

药品名： 规格： 生产厂家：

**告知书：**

为了患者健康利益的最大化，针对目前病情，我们建议使用药品说明书之外的用药方法，为了让您更好的理解，我们进行如下善意告知：

1.拟超说明书的适应症、用法用量、给药途径、疗程或人群等：

2.超药品说明书用药的依据：

3.针对患者的病情，我们已经按照药品说明书进行了常规药物治疗，目前评估效果不佳。在充分考虑药品不良反应、禁忌证、注意事项、权衡患者获得的利益大于可能出现的风险，我们认为被告知药品的超说明书用法是适宜的治疗方案。

4.此处所说的超药品说明书用药不涉及临床试验或医学研究，否则您有权拒绝。

5.您有权利要求医师用通俗的语言对本知情同意书所载内容进行讲解，在讲解后您有权利向其提问，以便充分了解这次治疗用药的剂量、方法、可能的效果及可能的危害等。

6.您已经被告知并请理解，使用被告知药品可能发生意外或说明书中的药品不良反应，亦可能发生说明书之外不可预见的药品不良反应。如果发生医疗意外情况或药品不良反应，医生将按照诊治常规进行积极救治，使您尽快康复。

7.超药品说明书适应证用药等情形，医保不予报销，相应的费用需要自费负担。

**我声明：**

经医师告知，我已认真倾听和阅读并理解上述全部内容，对此超药品说明书用药存在的风险充分知晓，完全了解该药物治疗的必要性、可能出现的药品不良反应、意外、并发症和损失，了解并自愿承担所做决定的风险及后果。

经慎重考虑：

**同意□**接受被告知药品的超说明书用法,并承担接受此种治疗可能发生的相关风险。

**拒绝□**接受被告知药品的超说明书用法,并承担拒绝此种治疗可能发生的相关风险。

患者或家属（法定代理人）签名： 电话：

法定代理人与患者关系：

医师签名：

日期： 年 月 日

如果患者为18岁以下未成年人、患者丧失意识或各种原因导致思维障碍，由监护人或近亲属代签本知情同意书。如果患者曾明确告知同意（或法定代理人要求）对其采取隐瞒病情的保护性医疗措施，由患者书面授权的法定代理人签署本知情同意书。