## 自备药品使用知情同意书及审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 住院号 |  |
| 诊断 |  | 管床医师 |  |
| 药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ；药名： ；规格： ；厂家： ； |
| 患者使用自备药品责任 | 我承诺所提供的药品为正规渠道来源的合格药品，并储存在符合要求的环境中。我从考虑本人利益角度出发要求使用自备药品。但任何药物均具有风险，在根据患者病情切实按用药操作技术规范认真使用自备药的情况下，仍有可能发生以下难以避免的意外及并发症:1.患者因个体差异等特殊情况对药物发生过敏、中毒、特异质反应等不良反应，导致严重多脏器功能损害、休克、心跳呼吸骤停、脑死亡等。2.其它药品不良反应。3.其他难以预料的并发症和意外，如：药品质量问题或储存不当导致药品失效等。上述情况医师已讲明，并对我提出的问题又作了详细的解答。经慎重考虑，我对用自备药品可能出现的风险表示充分的理解，本人相信医护人员将竭尽全力救治，并积极配合医生治疗，按规定缴纳一切费用。由该药品引发的上述情况，本人放弃通过行政、司法等途径来主张权利。本人要求并授权医院使用自备药品，签字为证。患者或法定委托人签名：\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_ 年 月 日 |
| 审批意见 | 🞏同意开立以上自备药品医嘱（非对自备药品质量及患者使用自备药品发生的不良后果担保）签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年 月 日 |

备注：本知情同意书经患者或法定委托人签字确认，主任审批之后，归入病历中保存。