

深圳市龙华区社区健康服务中心 自带药品雾化、注射告知、知情同意书

尊敬的患者朋友

您好！首先感谢您选择我社区健康服务中心的服务。我们不建议您自带药品来我中心雾化、注射，我们有义务告知您，您自带的药物可能因个人体质的变化或在运输、储存、保管等过程中发生不可预知的情况，我们无法鉴定自带药品的质量，因此在本中心注射自带药物可能会造成不良后果甚至危及生命。如果您确因病情的需要将上级医疗机构发放的药品带来我中心雾化或注射（不包括生物制品及血液制品、精神麻醉类药物、非深圳市社区基本药物目录内中成药注射针剂、有特殊储存条件要求的药品、抗癌药物等具有较明显毒副作用药物及特殊专科用药），请您提供深圳市街道级及以上公立医院开具的原始病历、购药发票及注射单（治疗单），并签署《自带药品雾化注射告知知情同意书》。

如您在雾化及注射过程中发生任何不适及不良反应，我们都会积极救治，但依据国家《侵权责任法》第五十九条，因自带药品的缺陷发生不良后果，造成您损害的，我们不承担相应的医疗及法律责任。

以上情况已向您说明，如果您仍要求自带药品治疗，请您或家属签署意见：

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____岁 亲属联系电话：_____

诊断：_____

自带药品： 1. _____（批号：_____）

2. _____（批号：_____）

3. _____（批号：_____）

备注：

经过医生告知，我已充分理解上述谈话内容的含义。由于病情需要，治疗方便，我**主动要求**在_____社康中心注射自带药品，并愿承担相应风险，签字为证。

患者签名：_____年____月____日

因患者本人无法书面表达对自带药品雾化/注射的意见，我和患者均已充分理解医生告知的上述谈话内容。我们**主动要求**患者在_____社康中心雾化、注射自带药品，并愿承担相应风险，签字为证。

家属签名：_____ **关系：**_____年____月____日

医生签名：_____年____月____日