

肿瘤化疗知情同意书

科 室 肿瘤二，床号 住院号
患者姓名 ，性别 女，年龄 66 岁，身份证号码
入院日期 2017-7-3，诊断 肝腺癌

根据患者的病情需进行化疗。该方法是治疗患者疾病的方法之一，但因其具有毒副作用的特点、患者个体差异及某些不可预料的因素，在患者的治疗中或者治疗后可能发生并发症或不良后果，个别严重者可能导致死亡。现告知如下，包括：

1. 一般毒性，如发生局部组织坏死、静脉炎、发热、寒战、过敏、关节痛、胸膜炎、哮喘、肠炎等；

2. 特殊性器官毒性，如①骨髓抑制，包括白细胞、血小板、红细胞水平下降等；②胃肠道反应，包括食欲减退、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便血、假膜炎肠炎等；③肝肾毒性，包括肝肾功能损害、药物性肝肾功能衰竭、肝纤维化、黄疸等；④心血管毒性，包括心律失常、心肌损害、心力衰竭等；⑤神经系统毒性，包括感觉异常、感觉障碍、头痛、头晕、惊厥、脑水肿、脑疝、便秘、肠麻痹、尿失禁等；⑥内分泌系统及代谢毒性，包括激素水平失衡、水电解质酸碱平衡紊乱等；⑦皮肤及附件毒性，包括溃疡、皮疹、红斑、色素沉着、脱发等；⑧免疫抑制，包括肿瘤复发、转移、原有的感染加重等；⑨呼吸系统毒性，包括肺纤维化、呼吸衰竭等；⑩生殖系统毒性，女性出现月经失调、闭经、卵巢功能损伤、不孕、致畸形作用、男性不育等；

3. 出现感染、出血、血栓形成、空腔脏器穿孔及梗阻、尿酸结晶等并发症；

4. 其他难以预料或无法防范的不良后果。

我已详细阅读以上内容，对医师详细告知的各种风险表示完全理解。经慎重考虑，我决定 同意 进行化疗治疗。

我明白在本次治疗中，在不可预见的情况下，可能需要其他附加操作或更改治疗方案，我授权医师在遇有紧急情况时，为保障患者的生命安全实施必要的救治措施，并保证承担全部所需费用。

我知道在本次治疗开始之前，我可以随时签署拒绝医疗的意见，以取消本知情同意书的决定。

患者/法定代理人签字：

或委托代理人签字：

日期： 2017 年 7 月 3 日 时 分

四川大学华西医院

患方住院授权委托书兼承诺书

患者 [] 性别 [] 年龄 66 岁，因 淋巴肿瘤 来
医院诊治，根据患者目前的健康状况，同意接受你院医师关于“需住院进一步诊治”的建议，并已按规定办理了入院手续。

经病房医护人员讲解，我已充分理解医院的规章制度。为配合医疗，我自愿作出如下承诺：

1、从入院之日起我委托 [] 作为患者住院期间的代理人，授权范围如下：

①如实向医院提供有关患者病情的全部资料，接受院方的询问和回答问题，协助配合诊疗；②代为了解病情，选择诊治方案；③签署相关医疗文件，包括同意检查、同意用药、同意输血、同意手术等文件；④其他的诊疗事宜和其他事宜。

2、如因患方陈述不实导致误诊误治，或因不履行或延误履行上述义务而发生不良后果，由患方依法承担相应责任。

当患方因为自己知识有限，难于单独作出决定时，可自行聘请医学顾问作出决定。

3、患者丧失行为能力时，由患者法定代理人代为履行其法定权利与义务。患方监护人或者代理人应定期探视或陪伴患者、了解病情、交纳医疗费用、并处理与患者有关的其他事务等。

4、住院期间，患者擅自离开病区期间发生病情加重、恶化、并发症、猝死、自伤、自杀、走失、伤人、攻击、意外事故及住院费用不能报销等不良后果，由患方自行承担责任。

5、患方若违背上述承诺，愿承担由此产生的不良后果。

6、特别承诺：



在我完全可以自由选择其他医院的情况下，自愿作出上述承诺。

患者：

身份证号：

住址：

代理人：

身份证号：

住址：

监护人：姓名：

年龄：

性别：

身份证号：

家庭住址：

电话：

与被监护人关系：

2017 年 7 月 3 日