



华中科技大学同济医学院附属

TONGII HOSPITAL

同濟醫院

# 化疗知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 45岁 科别: 胸部肿瘤科病房 床号: C61 住院病历号:

特殊检查(治疗)名称:

根据患者目前的病情，需进行化疗\_\_\_\_\_检查（治疗）。本医生已针对患者病情，向患者说明该检查（治疗）的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者或患者近亲属（或代理人）交代。若发生所述情况，医务人员将按医疗原则予以尽力抢救，是否同意检查（治疗），请书面表明意愿并签字\_\_\_\_\_

谈话医师签名:

周磊

2013年05月23日11时29分

本人系患者(或受患者委托的代理人),(患者)因患 肺癌 疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查(治疗),同时授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理,本人意愿承担相应的风险和后果。因系本人意愿,以后对此不提出异议。

(签署意见)

同意化疗

患者（授权委托人）签名：

患者近亲属签名（注明与患者的关系）：

日期: 2013 年 5 月 23 日 时 分

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患\_\_\_\_\_疾病, 需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果, 本人拒绝接受该检查(治疗), 由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿, 以后对此不提出异议。

患者（授权委托人）签名：

患者近亲属签名（注明与患者的关系）：

日期: 年 月 日 时 分



## 特殊检查（治疗）不良后果及医疗风险告知内容

特殊检查（治疗）前准备、特殊检查（治疗）中及特殊检查（治疗）后可能出现的并发症及不良后果告知（谈话）的基本内容列举如下：

- ☒ 1. 消化系统：恶心、呕吐、腹泻、肠麻痹、粘膜出血、肝功能异常、肝纤维化、胃肠功能衰竭等；
- ☒ 2. 造血系统：白细胞减少、红细胞及血小板减少、骨髓功能衰竭等；
- ☒ 3. 心血管系统：心脏毒性、心肌受损、心律失常、心衰、循环衰竭等；
- ☒ 4. 呼吸系统：肺纤维化、呼吸衰竭等；
- ☒ 5. 神经系统：神经毒性、瘫痪等；
- ☒ 6. 泌尿生殖系统：血尿、出血性膀胱炎、肾功能衰竭、性腺损害等；
- ☒ 7. 发热、感染、口腔溃疡、脱发、皮肤色素沉积、过敏、绝经、不育、局部组织坏死、静脉炎、代谢紊乱、可能导致发生第二原发肿瘤的危险性增加等；
- ☒ 8. 肿瘤细胞可能对化疗药物不敏感甚至耐药，导致疗效不满意或失败；
- ☒ 9. 和放疗同时使用时，可能使放疗及化疗反应均加重；
- ☒ 10. 其他无法预料或者不能防范的不良后果及医疗风险。
- ☐ 11.
- ☐ 12.
- ☐ 13.
- ☐ 14.
- ☐ 15.
- ☐ 16.

以上共 10 条已知情。

谈话医师签名：

周磊

周磊

患者（代理人）签名：

[REDACTED]

患者近亲属签名（注明与患者的关系）：

2013年05月23日 11时29分

同济医学院附属同济医院  
病历证明专用章