

江南大学附属医院
无锡市第四人民医院
肿瘤化疗知情同意书

姓名: 性别: 女 年龄: 病区: 床号: 住院号:

治疗介绍和建议:

患者因患 肺上皮样血管内皮瘤 , 需要进行 多柔比星+环磷酰胺 方案的化学治疗(化疗)。

治疗潜在风险告知:

化疗期间可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的化疗方案根据不同病人的情况有所不同。

1. 任何化疗都存在风险。
 2. 根据个体差异和化疗方案的不同, 实施化疗存在以下风险: (1) 骨髓抑制(白细胞、血小板、红细胞减少等); (2) 胃肠道反应(食欲下降、恶心、呕吐、腹泻、便秘、腹痛等); (3) 肝功能损害(肝脏酶系增高、黄疸等); (4) 肾功能损害(肾功能异常、尿常规异常等); (5) 心脏毒性(心动过速、心律失常、心肌炎、心衰、原有心脏病加重、心肌梗死几率上升等); (6) 肺毒性(肺间质病变、肺纤维化、肺功能损害、肺动脉栓塞等); (7) 神经毒性(乏力, 肢体麻木、疼痛及感觉异常等); (8) 出血性膀胱炎; (9) 内分泌功能损害(女性闭经、不育、血糖异常等); (10) 其他不良反应(发热、脱发、皮疹、过敏、色素沉着、指甲变形、黏膜炎、流感样症状、血栓性静脉炎、局部组织坏死、电解质紊乱等); (11) 少数病人可能出现难以预见和避免的不良反应; (12) 个别严重不良反应者会出现死亡。
 3. 化疗对部分病人是无效的, 治疗期间或治疗后可能会出现肿瘤的复发和远处转移。
 4. 如果患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 也可能在治疗期间或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。
 5. 因病灶进展或自身健康的原因, 化疗可能提前终止。
 6. 除上述情况外, 本化疗方案尚有可能发生的其他并发症, 或者需要提请患者特别注意的其他事项, 如 过敏性休克 。
- 一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择:

1. 医生已经告知我将要进行的化疗方案、此次化疗及化疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法 如更换治疗方案 并且解答了我关于此次化疗的相关问题。
2. 我同意在化疗期间医生可以根据病情对化疗实施方案做出调整。
3. 我理解我的化疗方案的实施需要多位医生和技术人员共同进行。
4. 我并未得到化疗百分之百有效的许诺。

患者/授权委托人/法定代理人签名: 签名日期: 2017年 7 月 17 日
与患者关系:

医务人员陈述:

我已经告知患者其病情及可选择的治疗方式, 告知其化疗方案、此次化疗及化疗后可能发生的并发症和风险, 并且解答了患者关于此次化疗的相关问题。

经治医师签名: 张秀芹 签名日期: 2017-7-17 08:29:20