

化疗同意书

姓名: [REDACTED]

科室: 肿瘤科一

病区: 肿瘤科①护理单元

床号: 25

住院号: [REDACTED]

姓名

性别: 男

年龄: 64岁

住院号: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议

根据患者所陈述的病情、存在的症状及有关检查, 目前诊断为: 胃癌术后肺转移切除术后; 左肺腺癌术后(pT1N0M0 IA期); 肺部感染

由于病情需要, 且患者及家属认可, 经治医生建议进行以下治疗:

☒ 全身化疗☒ 化疗方案: 替吉奥单药☐ 胸腔内化疗☐ 其它

治疗目的为: 姑息性化疗

患者经院方医师检查诊断为恶性肿瘤, 可以选择抗癌药物治疗以期达到:

☐ 根治肿瘤;☐ 使肿瘤缩小, 为其他治疗方式创造条件;☐ 巩固治疗防止局部复发及远处转移;☒ 延缓肿瘤发展;☐ 延缓病人症状, 减轻痛苦, 延长生命。

治疗潜在风险和对策

化疗是治疗恶性肿瘤的一种重要方法。医生告知我化疗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及疾病状态有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何治疗都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。

3. 由于抗癌药物治疗效果受病人的体质差异的异质性影响, 故疗效不尽相同, 甚至治疗无效, 抗癌药物治疗是一种细胞毒性治疗, 除对肿瘤细胞产生杀伤作用外, 对人体正常细胞也可造成一定程度的损伤甚至引起生命危险。我理解此治疗可能发生的风险:

1) 全身反应如头晕、疲乏;

2) 消化道反应: 如恶心、呕吐、腹泻, 严重时电解质紊乱, 消化道出血。

3) 血液学毒性: 主要白细胞、血小板下降, 严重可致全身感染、出血死亡。

4) 肝、肾损害;

5) 心脏损伤;

6) 神经毒性: 如周围神经炎和精神症状;

7) 不孕不育;

8) 毛发脱落;

9) 药物对血管和组织刺激;

10) 药物渗漏引起的局部组织的坏死: 如皮肤溃烂、发炎等;

11) 药物过敏反应: 如发热、皮疹、过敏性休克等;

12) 泌尿系统: 如化学性尿道炎、膀胱炎和血尿等。

13) 治疗无效。

14) 除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症及不可预料的情况或者需要提前请患者及家属特别注意的其他事项, 如

4. 我理解如果我患有高血压、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, 或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

5. 我理解术后如果不遵医嘱, 可能影响手术效果。

靖江市人民医院

化疗同意书

姓名: 科室: 肿瘤科一 病区: 肿瘤科①护理单元 床号: 25 住院号:

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现以下特殊并发症或风险:

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

- 我的医生已经告知我将要进行治疗方案、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。
- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
- 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 经慎重考虑, 在此我声明如下: 愿意接受抗癌药物治疗, 并愿意承担由于疾病本身和现有医疗技术所限而致的医疗意外及并发症等不良后果, 并全权负责签字。

患者签名 签名日期 2019 年 07 月 02 日

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权委托人(一)签名 与患者关系 签名日期 年 月 日

患者授权委托人(二)签名 与患者关系 签名日期 年 月 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗措施、此次治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

副主任医师: 吴志伟
2019-07-02 08:32