

中国人民解放军东部战区总医院

化疗知情同意书

姓名

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有“1. 升结肠癌 2. 横结肠息肉”，准备行全身化疗。

化疗是治疗“1. 升结肠癌 2. 横结肠息肉”的一种重要方法。化疗药物在杀灭肿瘤细胞的同时也损伤正常细胞，引起局部或全身的毒副作用，甚至导致严重并发症

治疗潜在风险和对策

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. 我理解此治疗可能发生的风和医生的对策：

1) 全身反应如头晕、疲乏；2) 消化道症状如食欲减退、恶心、呕吐、腹泻等；3) 骨髓抑制引起的血细胞减少，可能导致感染、出血、贫血等；4) 肝、肾损害；5) 心脏损伤；6) 神经毒性；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；11) 药物过敏反应；12) 治疗无效。13) 除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提前请患者及家属特别注意的其他事项，如

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

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的诊治方式、此次诊治及诊治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诊治的相关问题。

● 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。

● 我理解我的诊治需要多位医生共同进行。

● 我并未得到诊治百分之百成功的许诺。

● 我授权医师对诊治切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名 签名日期2019-11-22

如果患者 书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 与患者关系 签名日期2019-11-22

医生陈述

我已经告知患者将要进行的诊治方式、此次治疗及诊治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诊治的相关问题。

医生签名 签名日期2019-11-22

中国人民解放军东部战区总医院

手术知情同意书

姓 名

医生已告知我患有“1. 升结肠癌 2. 横结肠息肉”，需要在全麻下进行“腹腔镜辅助结肠癌根治术”。

手术目的：

- 1) 进一步明确诊断
- 2) 切除肿瘤
- 3) 延长生命
- 4) 改善生活状况

手术潜在风险和对策：

医生告知我如下手术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，具体的手术式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何手术麻醉都存在风险。
2. 我理解任何所有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. 我理解此手术可能发生的风险和医生的对策：

麻醉意外、术中心脑意外、术中突发停电及机器故障等造成意外、术中损伤大血管及神经等意外、术中肿瘤切除不全，行姑息手术或术后肿瘤复发、术中损伤相邻组织和脏器、术中发现意外情况改变术式或放弃手术、术中及术后血栓脱落引起重要脏器及肢体血管栓塞、术后肝功能和呼吸及循环衰竭、术后感染、术后大出血、术后肠粘连、肠梗阻、肠扭转、肠瘘、胆瘘、胰瘘、胃瘘、术后切口感染、切口裂开、切口疝、切口出血、吻合口出血、术后营养不良、术后肝功能衰竭、术后心肺功能衰竭、术后肾功能衰竭、术后多脏器功能衰竭、术后心脑血管意外、术后肢体血栓坏死需截肢、术后动静脉瘘、术后肢体局部感觉异常或皮肤坏死、术后肢体运动障碍、结肠造口，二期还纳可能、术后排便习惯改变，腹泻、便秘等、其它目前无法预计的风险和并发症。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、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. 我理解术后如果我的体位不当或不遵医嘱，可能影响手术效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括上述所交待并发症以外的特殊风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取应对措施。

患者知情选择

• 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。

• 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

• 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

• 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

• 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

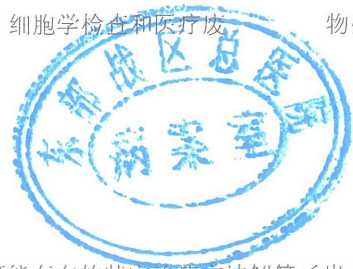
患者签名

如果患者

患者授权

医生陈述

2020-06-09



我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名

签名日期2020-06-09

授权委托书

√委托人(患者本人)

√有效证件号码: 11222222

受托人

有效证件号码: 11222222

与患者的关系: ☐配偶 ☒子女 ☐父母 ☐其他近亲属 ☐同事 ☐朋友 ☐其他

本人于 2020 年 6 月 3 日 因病住院。本人在住院期间,有关病情的告知以及在诊疗过程中需要签署的一切知情同意书,本人郑重委托 [redacted] 作为我的代理人,代为行使期间的知情同意权利,并履行相应的签字手续,全权代表本人签字,被委托人的签字视同本人的字。

委托人签署同意后所产生的后果,由患者本人承担。

√患者签名:
受托人签名:

2020-06-09

2020-06-09

