

放疗知情同意书

科室：重离子病区

姓名：

住院号：

治疗介绍和建议

医生已告知我患右眼脉络膜黑色素瘤并右肺腺癌，需要进行右眼及右肺碳离子放射治疗，尽管一般情况下放射线对人体是有害的，但是在肿瘤或某些其他疾病治疗中，放射治疗却一种重要而且非常有效的治疗手段，一般情况下，放射治疗是安全可靠的。

重离子放疗的先进性体现在兼有物理学及生物学效应两方面：重离子的剂量主要沉积在射程末端（布拉格峰），是对健康组织损伤最低的辐射疗法，副作用小；相对生物学效应 RBE 高，DNA 双键断裂，氧增比低，适合乏氧肿瘤的治疗，束流斑点发散小，高精度治疗，适合于不宜手术、对常规射线不敏感、其他方法治疗后复发的难治肿瘤的治疗。

治疗潜在风险和对策

医生告知我如下放射治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，具体的放疗方案根据不同病人的情况有所不同，我可与我的医生讨论有关我放疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1、我理解任何放射治疗都存在风险。

2、我理解根据治疗部位的不同实施放射治疗，存在以下风险：

1) 晶体损伤，出现白内障，但是因为已经出现视力严重下降，白内障可能不会再影响到生活质量的下降；

2) 也可能出现视神经、视交叉的损伤，均会引起视力的下降；

3) 肌肉萎缩、球后脂肪萎缩，引起眼球凹陷等；

4) 脑部损伤，因有部分射线经过额叶，可能引起记忆减退，语言功能障碍或者癫痫等；

5) 青光眼，眼内压升高，引起眼球胀痛、头痛，可能需要手术治疗；

6) 放射性肺炎，可出现咳嗽、咳痰加重，并出现发热，或者合并感染，导致感染性休克致死亡等；远期可出现放射性纤维化，出现气短、咳嗽等，药物治疗无效；

7) 放射性食管炎、食管穿孔、食管气管痿、食管出血；

8) 可引起心肌炎、心脏病，晚期出现心力衰竭、呼吸困难等；

9) 皮肤损伤，可引起溃疡、坏死，根据放疗计划，该并发症发生率较低；5.右肺动脉、纵隔血管破裂出，引起死亡；

10) 肿瘤未控, 出现远处转移, 预后不佳。

3、我理解根据我个人的病情, 除上述风险以外, 还可能出现以下并发症或风险:

1) 全身反应: 乏力、食欲下降、恶心、呕吐等;

2) 造血系统反应: 骨髓抑制、白细胞减少、血小板减少等;

3) 心脏损害: 心动过速、心律失常、心肌炎、心力衰竭、心脏病加重、心肌梗死
概率上升等;

4) 气管损害: 咳嗽、咯血、放射性气管炎、气管狭窄、气管瘘等;

5) 骨损害: 骨质疏松, 放射性骨髓炎、骨折、放射性骨坏死等;

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我的医生已经告知我将要进行的放疗方式、此次放疗及放疗后可能发生的并发症和
风险、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次放疗的相关问题。

②我同意在放疗期间医生可以根据我的病情对于放疗实施方案作出调整。

③我理解我的放疗方案的实施需要多位医生和技术人员共同进行。

④我并未得到放射治疗百分之百治愈所患疾病的许诺。

⑤我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置, 包括病理
学检查, 细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。

⑥我已如实向医生告知我的所有病情, 如有隐瞒, 一切后果自负; 如果患者无法签署
知情同意书, 请其授权的亲属在此签名。

患者签名:

身份证号:

通讯地址:

医生陈述

患者授权亲属签名: _____

联系电话:

签名日期:

我已经告知患者将要进行的放疗方式, 此次放疗及放疗后可能发生的并发症和风险、
可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次放疗的相关问题。

医生签名:

签名日期:

2020.7.24