

Signed informed consent form for chemotherapy

山东省肿瘤医院			
化疗知情同意书			
姓名	性别	科室/病区	床号
病案号	年龄	住院号	
除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或需要特别注意的事项及家属特别注意的其他事项, 如:			
医生陈述			
我已经将患癌化疗可能发生的并发症和风险、可选择的其它治疗方法并解答了患者关于此次化疗操作的相关问题。			
可选择替代治疗方案为:			
GDP方案			
医师签名:		签名时间: 2020年03月13日11时02分	
患者知情选择			
我的医生已经告知我将接受化疗可能发生的并发症和风险、可选择的其它治疗方案, 并且解答了我相关问题。			
我完全理解并同意医生对我的治疗建议, 并暂时不选择替代治疗方案。			
我同意在化疗过程中医生可以根据我的病情对拟定的化疗方案做出调整。			
我并未得到比化疗方案百分之百有效的承诺。			
患者签名: _____		签名时间: 2020年03月13日11时02分	
如果患者无法签署知情同意书, 请其授权委托人或法定监护人签名:			
与患者关系: 女儿		签名时间: 2020年03月13日11时02分	

山东省肿瘤医院
靶向治疗知情同意书

姓名: _____ 性别: _____ 科别: 肿瘤内科二病区 床号: _____ 住院号: _____

我已告知患者将签署治疗的进行方式, 所应用药物的可能获益及可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方式并解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医师签名: _____ 签署时间: 2020年07月21日07时30分

医生告知我可选择以下替代治疗方案:
观察等待
我表示理解但不同意选用。

如果患者无签署, 请其授权委托人或法定监护人签字: _____ 与患者关系: _____

患者知情选择:

● 我的医生已告知我选择继续治疗的方案及治疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其他治疗方式并向我解答了关于此次治疗的相关问题。

● 我完全理解接受治疗的必要性和存在的风险, 并同意上述治疗方案。

● 我同意在治疗中医生关于使用药物或治疗规定的行为方式作出调整。

● 我并未得到任何治疗的承诺, 我可能出现上述相关并发症以外的风险。

● 我理解并接受个人的病情, 我可能出现上述相关并发症以外的风险。

● 我接受医生在治疗中及治疗后的观察检查、随访、标本及影像学检查治疗过程, 包括病理学检查、影像学检查、实验室检查和治疗过程。

● 我已如实告知医生我的所有病情, 包括吸烟、一切既往病史。

患者签名: _____ 签署时间: 2020年07月21日07时30分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权委托人或法定监护人签名: _____

与患者关系: _____ 签署时间: 2020年07月21日07时30分

第 1 页

<h2 style="margin: 0;">山东省肿瘤医院</h2> <h3 style="margin: 0;">放射治疗知情同意书</h3>			
姓名:	性别:	病种: 肺癌第 二 病区	床号: 年龄: 住院号:

疾病介绍和放疗建议:

医生已告知患者有恶性肿瘤，需要进行治疗。放射治疗。尽管一般情况下放射治疗后人体是有害的，但是这种损害或比其他某种癌症治疗中，放射治疗却是一种重要的和非常有效的治疗方法。

一般情况下，放射治疗是安全可靠的。

放疗潜在风险和对策:

医生告知您关于放射治疗期间可能发生的一些风险，有些不良的风险可能没有在此列明，具体的风险程度因人而异不能确切地有所预测。

1. 我理解任何放射治疗都有安全风险。
2. 我理解实施放射治疗对周围正常部位的不同，存在以下风险。

- (1) ↓ 全身反应：乏力、食欲下降、恶心、呕吐；
- (2) ↓ 造血系统反应：骨髓抑制，白细胞减少、血小板减少；
- (3) 心脏损害：心脏过速、心律失常、心肌炎、心衰、心电图加重、心肌梗死几率上

升：

- (4) 气管受累：咳嗽、喘息、放射性肺炎、气管狭窄、气胸等。
- (5) 肾脏损害：放射性肾炎、肾纤维化、肾功能异常；
- (6) 食管受累：放射性食管炎、食管狭窄、食管-气管瘘、食管出血、纵膈囊肿形成等。

↓

7. 神经损害：运动障碍、放射性坏死、放射性颅压增高；

- (8) 胃肠道受累：胃炎、放射性胃炎肠炎、肠炎、肠穿孔、肠梗阻、肠出血、肠粘连；
- (9) 泌尿系统损害：尿潴留、放射性膀胱炎、肾盂肾炎、放射性肾炎、膀胱出血、前列腺增生、尿失禁、尿道狭窄、尿血、输尿管炎、输尿管狭窄、尿毒症、膀胱挛缩、膀胱癌变。

肺、食管、脑、血液系统等。

- (10) 骨转移：骨质疏松、放射性骨痛、骨折、放射性坏疽；
- (11) ↓ 唾液腺及口腔受累：唾液腺分泌失调、口咽黏膜急性反应、舌体萎缩性变；
- (12) ↓ 皮肤和软组织受累：放射性皮炎、放射引起脱发、光敏、干燥、脱皮、溃疡甚至坏死

成炎症、经久不愈、疤痕挛缩、瘢痕疙瘩及慢性溃疡和窦道等；放射性红疹、疼痛、水肿、渗出性皮炎、坏死、组织坏死、坏死腔、坏死灶、放射性坏死、坏死性改变。

- (13) 脊髓损害：放射性脊髓炎、截瘫；
- (14) 强辐射：导致放射性肺水肿、颅内压升高、昏迷、慢性放射性脑损伤、脑坏死；
- (15) / 生长长期肿瘤；

第 1 页

山东省肿瘤医院			
放射治疗知情同意书			
姓名	性别	病种/诊断/治疗-病区	床号
			住院号
<p>16) 内分泌功能低下，垂体、甲状腺、性腺；</p> <p>17) 五官损害：放射白内障、眼肌麻痹、视神经损伤、眼球萎缩、失明、听力障碍；</p> <p>18) 其他。</p>			
<p>3. 放射线照射治疗是对肿瘤组织的局部治疗，由治疗期间或治疗后可能会出现肿瘤的组织转移。</p> <p>4. 放射线照射区域内在治疗期间或治疗后仍有可能出现肿瘤复发或复发。</p> <p>5. 放射线照射如患者有高血压、心脏病、肺纤维、肾功能障碍不全、糖尿病等病症或者有或病史，以上这些风险可能会加大，或者在治疗期间或治疗后出现相关的并发症加重或引起血管意外，甚至死亡。</p> <p>6. 放射线照射后造成自身健康损害的原因，治疗可能停止。</p> <p>7. 放射线定位和放疗过程中如果医体不适或不适者，可能影响治疗效果。</p> <p>8. 放射线治疗后以及时的确诊患者为患癌者，力争将风险降低到最低限度。一旦出现上述风险可能导致危及生命和健康的严重后果，医生将会采取其他相应的治疗措施全力抢救。</p>			
<p>医生已告知患者病情并进行了治疗方式、本次放疗及放疗可能发生的并发症和风险，可选择的其它治疗方式并解答了患者关于此次放疗的相关问题。</p>			
<p>医师签名: 签名日期: 2016 年 07 月 16 日 15时 32分</p>			
<p>患者如欲可选择不行替代治疗方案。</p>			
<p>医生告知: 患者签名: </p>			
<p>如果患者无法签署，请其授权委托人或监护人签名 与患者的关系: </p>			

山东省肿瘤医院

放射治疗知情同意书

姓名	性别	科别/放射治疗二病区	病种	年龄	住院号
----	----	------------	----	----	-----

患者知情须知:

1. 我的医生已经告知我将要进行的放疗方式, 此次放疗及放疗前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放疗的相关问题。
2. 我同意上述放疗方案, 暂不同意替代方案, 在放疗期间医生可以调整我的病情对于放疗实施方案做出调整。
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参与进行。
4. 我并未得到放射治疗百分之百治愈所患疾病的保证。

患者签名: _____ 签名时间: 年 月 日 时 分

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此处签字: _____

如果患者无法签署, 请其授权委托人或法定监护人签字: _____

与患者关系为: _____ 签名时间: 2020年07月16日13时32分

<h2 style="margin: 0;">山东省肿瘤医院</h2>	
<h3 style="margin: 0;">免疫治疗知情同意书</h3>	
姓名 _____	性别 _____
科室/病区/病房二病区 _____	床号 _____
住院号 _____	日期 _____

疾病介绍和治疗建议

医生告知您患有**IV期肺癌**，已经侵犯骨髓转移。需要免疫治疗药物**1-单药治疗**。

免疫药物治疗通过对免疫系统系统的激活增强抗肿瘤免疫反应。从而达到抗肿瘤治疗的效果。如果近期未接种过疫苗或打算接种疫苗，请务必告知医护人员。

治疗潜在风险

免疫治疗可引起局部或全身的毒副作用，可能导致不良反应发生。甚至危及生命。免疫治疗可能有下列的副作用，若出现下列风险可能有致害存在且持续，具体的不良反应不随停药而减轻，请患者注意并了解：

1. 过敏反应：通常在开始给药期间或给药较长时间后出现，症状可能包括恶心、呕吐、呼吸困难加重、哮喘加剧或低血压。
2. 免疫治疗可引起过敏反应性肺炎，可能与其它正常炎症反应（免疫应答相关作用），一旦达到一定程度，将耗寿命。(注)
3. 肺毒性表现：头痛、头晕、倦怠、过度虚弱、发热、便秘、语言障碍、嗜睡、昏迷、无意识抽搐等。
4. 皮肤反应：如皮疹、瘙痒、流汗疹、指甲异常、痒性皮炎急性性溃烂、血管损害。
5. 消化道反应：如恶心、呕吐、腹泻、腹胀、消化不良、口腔黏膜炎及腹部的脱水口服溃疡、结肠炎等。
6. 呼吸系统毒性：免疫治疗引起肺炎、咳嗽、咯血、哮喘、气短、呼吸衰竭等。
7. 肝损伤：转氨酶升高、胆红素升高、肝功能异常、肝衰竭、白蛋白下降等。
8. 肾损伤：尿血、尿蛋白增高、肾功能减退、肌酐升高、肾脏或泌尿系统炎、肾衰竭等。
9. 心脏损伤：心悸、心率不齐、心肌炎、心力衰竭、心包积液、心力衰竭等。
10. 内分泌腺体：甲状腺炎或甲状腺功能减退、垂体炎、血糖升高、肾上腺皮质激素分泌不足、重症肌无力等。
11. 肌肉骨骼系统：炎性关节炎、肌痛/肌炎等。
12. 全身反应：寒战发热、乏力、脱发、体重下降、外周神经中毒等。
13. 血液系统：白细胞减少、血红蛋白下降、贫血、血小板下降等。
14. 副肿瘤：视力障碍、视物模糊、视网膜炎、少见可逆性视网膜病变、有时伴随继发青光眼，须尽早发现和处理，否则可导致失明。
15. 在罕见情况下，免疫治疗与其它同样导致免疫介导性自身免疫性肝病（免疫治疗禁忌）联合应用时，可能出现超敏反应（过敏）。警惕过敏反应，与其密切结合临床监测和随访。完全免疫抑制剂可能会导致免疫抑制或免疫功能紊乱的副作用，可能会累及身体多个器官，引起严重感染、导致死亡、危及生命危险，甚至危及生命。

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 山东省肿瘤医院 免疫治疗知情同意书 </div>				
姓名	性别	病期/瘤体治疗二病区	床号	住院号
<p>16. 全身免疫治疗症状可能包括对标准治疗无反应的极低血压、高热、咳嗽、重症度反应、呼吸窘迫、重症皮疹、意识障碍、虚脱、排尿减少伴肾衰竭、肝功能衰竭、脑膜计数器脱臼和/或器内出血。</p> <p>17. 如果存在自身免疫性病情，免疫治疗可能会导致该病情恶化或加重症状。</p> <p>18. 治疗效果不佳，甚至导致性进展。</p> <p>除上述风险以外，根据患者的情况，还可能出现以下特殊并发症或风险：</p>				
<p>医生陈述</p> <p>我已将患者将患者将进行的医疗方式、此次医疗及医疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它医疗方式并解释了患者关于此次医疗的相关问题。</p> <p>医生签名: <u> </u> 签名日期: 双选选择日期 <u>2020.7.31. 20</u></p> <p>患者知情选择</p> <p>我的医生已经告知我将要进行的医疗及医疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它医疗方式并解释了关于此次医疗的相关问题。</p> <p>我愿意在医疗中医生可以推荐我的病情时对应的医疗方式做出调整。</p> <p>我并同意到医疗百分之百或知的同意。</p> <p>患者签名: <u> </u> 签名时间: 2020年07月31日09时30分</p> <p>如果患者无此签名请转给医生看，请其授权和委托他人或家属监护人签名: <u> </u></p> <p>与患者关系: 配偶 签名时间: 2020年07月31日09时30分</p>				

<h1 style="margin: 0;">山东省肿瘤医院</h1> <h2 style="margin: 0;">免疫治疗知情同意书</h2>			
姓名	性别	科别/病区/门诊/住院	床号 年龄 住院号

疾病介绍和治疗建议

医生已告知患者有结外B细胞淋巴瘤疾病，需要免疫治疗药物联合化疗方案治疗。

免疫治疗药物通过免疫系统系统的清除肿瘤细胞实现免疫反应，从而达到抗肿瘤治疗的效果。如果发生过敏症状或造成严重不良反应，必须立即停止治疗。

治疗前评估风险

免疫治疗可引起免疫系统紊乱的副作用，可导致严重不良反应，甚至危及生命。免疫治疗可能诱发以下治疗的风险，患者发生以下风险可能难以避免。具体的治疗反应根据不同程度的副作用和危险程度有所不同。

1. 过敏反应：接受免疫治疗药物期间或给药后较短时间内出现，症状可能包括红肿、皮疹、呼吸困难或痛、哮喘或过敏反应、过敏性休克。
2. 免疫治疗可能引起肺病内部炎症，也可能引起正常组织炎症（免疫相关副作用），一旦达到以上，需要停药。
3. 神经毒性：头痛、头晕、视觉、发热、呕吐、语言障碍、嗜睡、昏迷、无意识肌颤等。
4. 血液反应：如贫血、疲劳、皮肤苍白、指甲异常、结膜充血及口腔溃疡、鼻腔出血。
5. 消化系统反应：如恶心、呕吐、厌食、腹泻、消化不良、口腔炎及腹泻的水肿或口渴、腹痛、腹泻等。
6. 呼吸系统毒性：免疫相关性肺炎、咳嗽、哮喘、胸闷、气喘、呼吸衰竭等。
7. 肝损伤：转氨酶升高、胆红素升高、肝衰竭、白蛋白下降等。
8. 肾脏病：尿色、尿量异常性、尿蛋白、肌酐升高、肾功能衰竭、酸中毒电解质紊乱、肾损伤、肾衰竭等。
9. 心脏损伤：心悸、心率失常、心肌炎、心包炎、心包积液、心力衰竭等。
10. 内分泌紊乱：甲状腺炎或甲状腺功能减退、糖尿病、血糖升高、肾上腺皮质功能不全、垂体功能不全等。
11. 全身性副作用：长期乏力、肌肉酸痛。
12. 过敏反应：寒战高热、乏力、疲乏、鼻塞、流涕、皮肤水肿等。
13. 过敏反应：自发性荨麻疹、皮肤过敏反应、过敏性休克、过敏性哮喘。
14. 副作用：反应敏感、过敏、过敏反应，少数可出现过敏性休克，有时延迟性过敏反应，极少发生过敏性休克，能够耐受/出现。
15. 免疫反应性：免疫治疗可能引起免疫系统紊乱和免疫介导的副作用（免疫诱导副作用）新发作用。可能出现如上述（第1-14）条的免疫反应，可能出现免疫介导疾病，如过度免疫反应可能与免疫相关性肺炎/免疫毒性有关的所有作用，可能累及到有毒性的多个器官，引起严重副作用，导致住院、危及生命状况，或甚至导致死亡。

第 1 / 1 页

<div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">山东省肿瘤医院</div> <div style="font-size: 1.2em; font-weight: bold; margin-bottom: 5px;">免疫治疗知情同意书</div>					
姓名	性别	病种/肿瘤部位/亚型	年龄	职业	住址
<p>16. 全身免疫治疗症状可能包括对化疗治疗无反应的铁蛋白低、寒战、咳嗽、重度气促、呼吸困难、重度乏力、意识模糊、昏迷、持续减少肾实质、肝功能衰竭、血脂肪栓塞征候和/或器官出血。</p> <p>17. 如果存在自身免疫性疾病，免疫治疗可能会导致该疾病加重或加重相关症状。</p> <p>18. 治疗效果不佳，需完善病理进展。</p> <p>除上述风险以外，根据患者的情况，还可能出现以下特殊并发症或风险：</p>					
<p>医生陈述</p> <p>我已经告知患者将面临的医疗方式、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式并已经解答了患者关于此次治疗的相关问题。</p>					
<p>医生签名</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>			<p>签名日期：2020年09月08日14时00分</p>		
<p>患者知情选择</p> <p>我的医生已经告知我肿瘤治疗的医疗方式后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方式并已经解答了我关于此次治疗的相关问题。</p> <p>我同意我在治疗中医生可以调整我的病情时预定的治疗方式做出调整。</p> <p>我并未得到治疗百分之百成功的承诺。</p>					
<p>患者签名： 签名时间：2020年09月08日14时05分</p> <p>如果患者无法签名和/或无法阅读，请其授权委托人或法定监护人签名：</p> <p>与患者关系：配偶 签名时间：2020年09月08日14时05分</p>					