

姓名:

科室: 肿瘤科医疗单元

住院号:

肿瘤化疗知情同意书

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有1. 右肺下叶淋巴上皮瘤样癌术后 (pT1aN1M0 IIA期) 进展伴骨转移 2. 肋骨继发恶性肿瘤 3. 癌性疼痛, 根据患者病情需要进行

☐ 全身化疗

☐ 腔内化疗

☐ 其它

化疗方案: 紫杉醇 + 卡铂 + 顺铂

化疗是治疗恶性肿瘤的一种重要方法。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) 一般毒性, 如发生局部组织坏死、静脉炎、发热、寒战、过敏、关节痛、胸膜炎、哮喘、肠炎等;

(2) 特殊性器官毒性, 如: 骨髓抑制, 包括白细胞、血小板、红细胞水平下降等; 消化道反应, 包括食欲减退、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便血、假膜性肠炎等; 肝肾毒性, 包括肝肾功能减退、药物性肝肾功能衰竭、肝纤维化、黄疸等; 心血管毒性, 包括心律失常、心肌损害、心力衰竭等; 神经系统毒性, 包括感觉异常、感觉障碍、头痛、头晕、惊厥、脑水肿、脑疝、便秘、肠麻痹、尿失禁等; 内分泌系统及代谢毒性, 包括激素水平失衡、水电解质酸碱平衡紊乱等; 皮肤及附件毒性, 包括溃疡、皮疹、红斑、色素沉着、脱发等; 免疫抑制, 包括肿瘤复发、转移、原有的感染加重等; 呼吸系统毒性, 包括肺纤维化、呼吸衰竭等; 生殖系统毒性, 女性出现月经失调、闭经、卵巢功能损伤、不孕、致畸形作用、男性不育等;

(3) 出现感染、出血、血栓形成、空腔脏器穿孔及梗阻、尿酸结晶等并发症

(4) 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年12月03日



成都市龙泉驿区第一人民医院
(四川大学华西医院龙泉医院)

姓名: [REDACTED]

科室: 肿瘤科医疗单元

住院号: [REDACTED]

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名

患者授权亲属签名: [REDACTED]

与患者关系:

签名日期: 2019年12月03日

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。

医护人员签名: 曾淑英 [Signature]

签名日期: 2019年12月03日



手术项目知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有右肺肿物切除术, 需要在全麻醉下进行右肺肿物切除手术。

手术目的: ①进一步明确诊断; ②切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他); ③缓解症状。

预期效果: ①疾病诊断进一步明确; ②疾病进展获得控制/部分控制/未控制; ③症状完全缓解/部分缓解/未缓解; ④其他[其他]

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下手术可能发生的风险, 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. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度恶心、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及医生的对策:

1) 麻醉并发症, 严重者可致休克, 危及生命; 2) 术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命; 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式; 4) 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合, 瘘管及窦道形成; 5) 脂肪栓塞: 严重者可致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命; 6) 呼吸并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等; 7) 心脏病并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停; 8) 尿路感染及肾衰; 9) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫; 10) 精神并发症: 手术后精神病及特别的其他精神问题; 11) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞; 12) 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血); 13) 水电解质平衡紊乱; 14) 诱发原有疾病恶化; 15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符; 16) 再次手术; 17) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术; 18) 病灶切除不全, 或肿瘤残体存留; 19) 术中损伤神经、血管及邻近器官, 如: [术中损伤情况举例];

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, 我可能出现以下特殊并发症或风险: 感染, 血栓栓塞, 肿瘤种植转移及其他不可预计到等后果, 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: [REDACTED]

签名日期: 2018.11.28



如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名： 与患者关系：

签名日期：

医生陈述：

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并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名：

廖斌

签名日期：2018.11.28



手术项目知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我患有右肺肿物切除术, 需要在全麻醉下进行右肺肿物切除手术。

手术目的: ①进一步明确诊断; ②切除病灶(可疑癌变/癌变/功能亢进/其他); ③缓解症状。

预期效果: ①疾病诊断进一步明确; ②疾病进展获得控制/部分控制/未控制; ③症状完全缓解/部分缓解/未缓解; ④其他[其他]

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下手术可能发生的风险, 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. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度恶心、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及医生的对策:

1) 麻醉并发症, 严重者可致休克, 危及生命; 2) 术中、术后大出血, 严重者可致休克, 危及生命; 3) 术中根据病变情况或因解剖部位变异变更术式; 4) 伤口并发症: 出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合, 瘘管及窦道形成; 5) 脂肪栓塞: 严重者可致昏迷及呼吸衰竭, 危及生命; 6) 呼吸并发症: 肺不张、肺感染、胸腔积液、气胸等; 7) 心脏病并发症: 心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停; 8) 尿路感染及肾衰; 9) 脑并发症: 脑血管意外、癫痫; 10) 精神并发症: 手术后精神病及特别的其他精神问题; 11) 血栓性静脉炎, 以致肺栓塞、脑栓塞; 12) 多脏器功能衰竭(包括弥漫性血管内凝血); 13) 水电解质平衡紊乱; 14) 诱发原有疾病恶化; 15) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符; 16) 再次手术; 17) 因病灶或患者健康的原因, 终止手术; 18) 病灶切除不全, 或肿瘤残体存留; 19) 术中损伤神经、血管及邻近器官, 如: [术中损伤情况举例];

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, 我可能出现以下特殊并发症或风险: 感染, 血栓栓塞, 肿瘤种植转移及其他不可预计到等后果, 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: [REDACTED]

签名日期: 2018.11.20



如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名： 与患者关系：

签名日期：

医生陈述：

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并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名：

高斌

签名日期：2018.11.20

