

肿瘤消融治疗知情同意书

患者姓名 年龄 61 岁 科室(区): 介入-2 住院号/门诊号 258347

一、疾病诊断及拟实施治疗方案

1. 疾病诊断

2. 拟行治疗方案

☒ 射频消融 ☐ 微波消融 ☐ 冷冻消融 ☐ 化学消融

3. 替代治疗方案

4. 拟行治疗方案的目的

消融治疗是在现代影像学导向下运用物理或化学方法直接灭活肿瘤的微创治疗手段, 具有创伤小、疗效确切、恢复快、并发症发生率相对较低等优势。

☐ 根治性治疗: 完全灭活肿瘤。

☐ 姑息治疗: 缩小肿瘤, 改善患者生活质量, 延长生存期。

☐ 综合治疗: 在全身治疗(化学治疗、分子靶向治疗、生物治疗)外科手术、放射治疗等基础上, 联合消融治疗达到根治或姑息治疗等目的。

5. 麻醉方式: ☐ 局部麻醉 ☐ 静脉麻醉 ☐ 硬膜外麻醉 ☐ 其他

6. 拟行治疗方案的常见并发症及风险

- 1) 麻醉时出现过敏反应或其它意外反应, 严重时出现休克;
- 2) 消融通道所经组织或脏器(如空腔脏器、脾脏等)的损伤或出血;
- 3) 消融术中肿瘤破裂或血管损伤出现大出血导致失血性休克;
- 4) 消融术中出现血压升高、心律失常、胆心反射、心跳骤停;
- 5) 胸部肿瘤、腹部肿瘤消融术中或术后出现咳嗽、咯血、气胸、血胸、胸腔积液、心包积液;
- 6) 消融部位邻近组织器官灼伤穿孔, 如: 膈肌穿孔、胆道支气管瘘、胆囊穿孔、胃肠道穿孔; 膀胱、输尿管等器官损伤; 急腹症或腹膜炎等, 需要外科处理;
- 7) 消融局部皮肤及皮下组织灼伤或冻伤、感染、坏死溃烂;
- 8) 消融部位神经损伤导致肢体感觉、运动等功能障碍, 严重时肢体瘫痪;
- 9) 盆腔部位肿瘤消融可能导致排便障碍、性功能障碍等;
- 10) 冷冻消融过程中出现寒颤甚至休克;
- 11) 化学消融剂过敏反应、低血压休克, 消融剂渗漏导致组织器官损伤;
- 12) 当患者术中需要血管造影帮助辨认相关血管时可能出现造影剂过敏反应, 严重者可能出现休克;
- 13) 消融后应激反应产生的相关并发症, 如: 应激性溃疡、出血等;
- 14) 消融治疗后患者出现发热、疼痛、感染;
- 15) 消融治疗后大量肿瘤组织坏死崩解可导致肝肾功能损害甚至衰竭; 消融针道肿瘤种植转移;
- 16)
- 17) 肿瘤对消融治疗不敏感或消融不彻底, 肿瘤残留或进展。

出现以上并发症, 严重者可能导致患者死亡。

备注: 由于医疗技术水平发展的局限和个体差异, 存在医务人员难以预知的风险, 故诊疗过程中实际出现的风险不限于上述说明内容。

(接上页)

二、医师声明

1、根据病情，患者需要接受上述医疗措施。该措施是一种诊断和/或治疗手段，一般是安全的，但也具有一定的创伤性和风险性，且医师不能保证实施该措施可达到预期的诊疗效果。一旦发生上述风险或其他意外情况，医师将从维护患者利益的角度出发积极采取应对措施。

2、医师已经尽量以患者所能了解之方式，说明该医疗措施相关的信息，特别是下列事项：

- 1) 实施该医疗措施的原因、目的、风险
- 2) 并发症及可能处理方式
- 3) 不实施拟行方案可能发生的后果及其他替代诊疗方案

医师已经给予患者充足时间，询问下列有关该医疗措施的问题，并给予答复(如患者无询问请填写“无”)

无

医师签名

日期 2013 年 9 月 18 日

三、患者声明

1、医师已向(我们)说明，并且(我们)已经了解下列内容：实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、疗效及相关信息；不实施该医疗措施可能出现的后果；其他替代诊疗方案及风险；该拟行方案可能是目前最适合的选择，但其仍存在风险且无法保证能够达到预期目的。

2、医疗按诊疗常规、规范操作的过程中，由于患者体质特殊或其他不可预测、避免的因素导致发生意外或并发症，造成患者病情加重，住院时间延长，住院费用增加，伤残甚至死亡等，我(们)将对此表示理解，并积极配合医疗处置。

3、我(们)保证已全面、真实地向医师介绍了患者的病史，尤其是与本医疗措施有关的病史，并就患者的病情向医师提出问题和疑虑，且已获得说明。

4、紧急情况处置授权。我(们)了解除了医师说明的危险以外，拟行医疗方案还可能出现其他危险或者预想不到的情况，在此我(们)也授权医师，在遇到难以预料的紧急、危险情况时，从考虑患者利益角度出发，按照医学常规予以处置。

5、其他：

备注：经医疗说明，患者应在充分理解后签署本同意书，患者如仍有不清楚事项，应向医师进一步询问及理解后签署。

基于上述自愿声明，我 同意 (填“同意”或“不同意”)实施拟行的医疗方案。

患者签名

与患者关系：本人

日期：2013 年 9 月 18 日

见证人签名

与患者关系：4

日期：2013 年 9 月 18 日

附注：

1、“患者签名”为必签项目，一般情况下，应由患者本人签名；在患者授权他人代为知情同意时，为代理人；患者不具有民事行为能力时，为监护人；其他情况下为患者近亲属(无近亲属为其关系人)。

2、“见证人签名”并非必签项目，可由患者近亲属、朋友、关系人等签名。