

# 福建省立医院

## 肿瘤化学治疗（含靶向治疗）知情同意书

姓名            性别 女 年龄 39岁 病区/床号           

住院号           

### 一、病情诊断及拟实施医疗方案

#### 1. 疾病诊断:

纤维状转移

2. 拟实施的医疗方案: ☒ 全身化疗; ☐ 晚期姑息化疗; ☐ 术前新辅助化疗; ☐ 术后辅助化疗; ☐ 诱导化疗; ☐ 转化化疗; ☐ 局部化疗; ☐ 靶向治疗。

#### 3. 拟实施的化疗方案（包括药物剂量及用法）:

放化疗 0.5mg bid d1-5.

#### 4. 行全身化疗的风险包括但不限于:

- 1) 局部毒副反应, 常见栓塞性静脉炎或局部组织坏死;
- 2) 胃肠道反应: 厌食、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便秘、口腔炎、黏膜炎等;
- 3) 骨髓抑制: 全血细胞下降, 特别是白细胞减少并发严重感染, 血小板下降引起严重的全身出血; 严重者出现骨髓再生障碍;
- 4) 心脑血管毒性: 可表现为心动过速、非特异性ST-T改变、心悸、气短、心前区疼痛、呼吸困难, 心绞痛、心肌炎、心肌病、心包炎、心力衰竭、心肌梗死、高血压、深静脉血栓形成、脑血管意外等;
- 5) 肺毒性: 可表现为呼吸困难、胸痛、咯血、低氧血症、间质性肺炎、肺纤维化等;
- 6) 泌尿系统毒性: 可能引起肾脏损伤、出血性膀胱炎、尿素氮、肌酐升高, 蛋白尿、肌酐清除率下降等;
- 7) 肝脏毒性: 乏力, 食欲不振、恶心呕吐, 肝脏肿大, 血清转氨酶、胆红素升高, 严重者可出现黄疸、肝衰竭;
- 8) 神经系统毒性: 末梢神经炎、脑功能障碍等;
- 9) 过敏反应, 严重可致过敏性休克;
- 10) 其他: ①抑制机体免疫功能; ②脱发; ③手足综合症; ④致胎儿畸形; ⑤皮疹、色素沉着; ⑥耳毒性等;
- 11) 目前医学领域无法解释的不良反应及并发症;
- 12) 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请患者及家属特别注意的其他事项（包括本病例特殊情况）, 如:

### 二、医师声明

1. 根据患者的病情, 患者需要进行上述诊断、治疗措施。该措施是一种有效的诊断、治疗手段, 一般来说是安全的, 但由于该措施具有创伤性和风险性, 因此医师不能向患者保证措施的效果。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出发积极采取应对措施。
2. 我已经尽量以患者所能了解之方式, 解释该措施的相关信息, 特别是下列事项:
  - ☐ 实施该措施的原因、目的、风险;
  - ☒ 并发症及可能处理方式
  - ☒ 不实施该措施可能发生的后果及其它可替代诊疗方式;
  - ☒ 如另有关于此措施的相关说明资料, 我已经交付患者

医师签名:           

日期: 2017年12月22日

# 福建省立医院

## 肿瘤化学治疗（含靶向治疗）知情同意书

姓名                      性别 女 年龄 39岁 病区/床号                      住院号                     

### 三、患方声明

1. 医师已向我解释，并且我已经了解实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、成功率之相关信息。
2. 医师已向我解释，并且我已经了解选择其它医疗措施之风险。
3. 医师已向我解释，并且我已经了解该医疗措施的风险和不实施该医疗措施的风险。
4. 针对我的情况，我能够向医师提出问题和疑虑，并已获得说明。
5. 我了解该医疗措施可能是目前最适当的选择，但是其仍然存在风险且无法保证一定能够达到预期目的。
6. 我已经向医师如实介绍了病史，尤其是与本医疗措施有关的病史。
7. 紧急情况处置授权。本人明白除了医生告知的危险以外，医疗方案实施中有可能出现其他危险或者预想不到的情况，在此我也授权医师，在遇到预料之外的紧急、危险情况时，从考虑本人利益角度出发，按照医学常规予以处置。

基于上述声明，我 同意 (填同意或不同意) 实施该项医疗措施。

患者签名（手印）：                     

患者家属/委托人签名（手印）                     

患者监护人签名（手印）：                     

日期： 2017 年 12 月 22 日

日期：      年      月      日

（注：患者家属签名应与授权委托书签名一致）



出  
身份

福建省立医院  
粘 贴 检 验 报 告 用 纸

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 39岁 病床: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

福建省立医院病危（重）通知书 回单联

兹收到福建省立医院病危（重）通知书一份，内容如下：

科别: 呼吸科 病区: 53 床号: 73 患者姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 39  
目前诊断: 2017年12月18日 呼吸衰竭、心力衰竭、肾功能衰竭、电解质紊乱

病情危重情况: 患者因患上述疾病，病情危重，随时有生命危险，特此通知。  
呼吸衰竭、心力衰竭、肾功能衰竭、电解质紊乱



于 2017年 12月 18日 12:00时转入危急状态，特此通知。

患者家属或委托人（注明关系）: [REDACTED] 2017年 12月 18日 时

经管医师: [REDACTED] 2017年 12月 18日 时

## 福建省立医院

## 输血治疗知情同意书

姓名  性别 女 年龄 39岁 病区/床号 53.73 住院号 

1、疾病诊断：大咯血

2、输血目的：纠正贫血

3、输血成分：新鲜冰冻血浆

输血史：无

4、实施本医疗方案可能发生的医疗意外及并发症包括但不限于：

输血治疗包括输全血、成分血，是临床治疗的重要措施之一，也是抢救急危重患者生命行之有效的手段。但输血存在一定风险，可能发生输血反应及感染经血传播疾病。因机体感染病原体后到采用，现有检测方法检测出阳性结果需要一段时间，即存在窗口期。我院使用的血液，均已按卫生部有关规定进行检测，但由于受当前科技水平的限制，输血仍可能发生某些不能预测的输血反应和输血传染病。

1) 过敏反应；

2) 发热反应；

3) 溶血反应；

4) 感染肝炎病毒（乙肝、丙肝等）；

4) 感染艾滋病、梅毒病原体；

5) 感染疟原虫；

6) 感染巨细胞病毒、EB病毒；

7) 感染其他可能通过输血传播的病原体；

8) 输血引起的其他疾病或不良反应（如输血后紫癜、输血相关的急性肺损伤、肺微血管栓塞、血栓性静脉炎、移植物抗宿主病等）；


9) 多次输血或多次妊娠可能产生同种抗体，再次接受输血易引发输血反应。

10) 发生其他难以预料的，危及患者生命等意外情况。

医师签名：



日期：2017年12月20日

基于上述声明，我已了解输血可能存在的风险和并发症，我  (填同意或不同意) 实施该项医疗措施。

患者签名（手印）：



日期：2017年12月20日

患者家属签名（手印）：

日期： 年 月 日

（注：患者家属签名应与授权委托书签名一致）



住院号

1. 疾病名称(可以为初步诊断):

咯血 双肺病变待查

3. 实施本医疗方案的原因和目的:

保证气道通畅，改善呼吸功能；

4. 实施本医疗方案可能发生的医疗意外及并发症包括但不限于:

(1)插管过程中,可能发生大咯血、心律失常以及心跳骤停;气管插管后,引起或加重肺内感染;

(2) 正压通气导致血压低、心律失常、心肌缺血乃至急性心肌梗塞；正压通气导致肺内损伤加重，如气胸、纵隔气肿；

(3) 多器官衰竭，包括上消化道出血、肾功能衰竭、弥漫性血管内凝血；

(4) 脑出血;

(5)无法脱机,长期依赖呼吸机;

(6)拔管后气管狭窄、声音嘶哑;

(6) 拔管后气管狭窄、声音嘶哑;

(7) 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请患者及家属特别注意的其他事项 (包括本病例特殊情况), 如: /

### (8) 可替代的诊疗方式

1. 根据患者的病情, 患者需要进行上述诊断、治疗措施。该措施是一种有效的诊断、治疗手段, 一般来说是安全的, 但由于该措施具有创伤性和风险性, 因此医师不能向患者保证措施的效果。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出发积极采取应对措施。

2. 我已经尽量以患者所能了解之方式, 解释该措施的相关信息, 特别是下列事项:

☒ 实施该措施的原因、目的、风险;

☒ 并发症及可能处理方式

☒ 不实施该措施可能发生的后果及其它可替代诊疗方式;

☒ 如另有关于此措施的相关说明资料, 我已经交付患者

医师签名:

日期: 2017年12月20日

### 三、患方声明

1. 医师已向我解释，并且我已经了解实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、成功率之相关信息。

2. 医师已向我解释并且我已经了解选择其它医疗措施之风险。

3. 医师已向我解释, 并且我已经了解该医疗措施的风险和不实施该医疗措施的风险。

4. 针对我的情况，我能够向医师提出问题和疑虑，并已获得说明。

5. 我了解该医疗措施可能是目前最适当的选择, 但是其仍然存在风险且无法保证一定能够达到预期目的。

6. 我已经向医师如实介绍了病史, 尤其是与本医疗措施有关的病史。

7. 紧急情况处置授权。本人明白除了医生告知的危险以外，医疗方案实施中有可能出现其他危险或者预想

福建省立医院

机械通气知情同意书

姓名 [REDACTED] 性别 女 年龄 39岁 病区/床号 53.73 住院号 [REDACTED]

不到的情况，在此我也授权医师，在遇到预料之外的紧急、危险情况时，从考虑本人利益角度出发，按照医学常规予以处置

基于上述声明，我 同意 (填同意或不同意) 实施该项医疗措施。

患者签名（手印）：

患者家属/委托人签名（手印）：

患者监护人签名（手印）：

日期：2017年12月20日

日期： 年 月 日

（注：患者家属签名应与授权委托书签名一致）



# 肿瘤化学治疗（含靶向治疗）知情同意书

姓名                      性别 女 年龄 40岁 病区/床号                      09.38 住院号                     

## 一、病情诊断及拟实施医疗方案

1. 疾病诊断：1. 绒毛膜癌 2. 乙肝病毒携带者 3. 剖宫产术后（三剖）

2. 拟实施的医疗方案：☒ 全身化疗；☐ 晚期姑息化疗、☐ 术前新辅助化疗、☐ 术后辅助化疗、☐ 诱导化疗、☐ 转化化疗；☐ 局部化疗；☐ 靶向治疗。

3. 拟实施的化疗方案（包括具体药物、剂量、用法、溶剂及使用顺序）：

EMA/EP (KMS 0.475mg ivgtt d1+VP16 131mg ivgtt d1+MTX 131mg iv d1+MTX 262mg ivgtt d1+VP16 196mg ivgtt d8+DDP 97mg ivgtt d8)

4. 行全身化疗的风险包括但不限于：

1) 局部毒副反应，常见栓塞性静脉炎或局部组织坏死；

2) 胃肠道反应：厌食、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便秘、口腔炎、黏膜炎等；

3) 骨髓抑制：全血细胞下降，特别是白细胞减少并发严重感染，血小板下降引起严重的全身出血；严重者出现骨髓再生障碍；

4) 心脑血管毒性：可表现为心动过速、非特异性ST-T改变、心悸、气短、心前区疼痛、呼吸困难，心绞痛、心肌炎、心肌病、心包炎、心衰、心肌梗、高血压、深静脉血栓形成、脑血管意外等；

5) 肺毒性：可表现为呼吸困难、胸痛、咯血、低氧血症、间质性肺炎、肺纤维化等；

6) 泌尿系统毒性：可能引起肾脏损伤、出血性膀胱炎、尿素氮、肌酐升高，蛋白尿、肌酐清除率下降等；

7) 肝脏毒性：乏力，食欲不振、恶心呕吐，肝脏肿大，血清转氨酶、胆红素升高等，严重者可出现黄疸、肝衰竭；

8) 神经系统毒性：末梢神经炎、脑功能障碍等；

9) 过敏反应，严重可致过敏性休克；

10) 其他：①抑制机体免疫功能；②脱发；③手足综合症；④致胎儿畸形；⑤皮疹、色素沉着；⑥耳毒性等；

11) 目前医学领域无法解释的不良反应及并发症；

12) 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请患者及家属特别注意的其他事项（包括本病例特殊情况），如：\_\_\_\_\_

13) 可替代的诊疗方式\_\_\_\_\_

## 二、医师声明

1. 根据患者的病情，患者需要进行上述诊断、治疗措施。该措施是一种有效的诊断、治疗手段，一般来说是安全的，但由于该措施具有创伤性和风险性，因此医师不能向患者保证措施的效果。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出发积极采取应对措施。

2. 我已经尽量以患者所能了解之方式，解释该措施的相关信息，特别是下列事项：

☐ 实施该措施的原因、目的、风险；

☐ 并发症及可能处理方式

☐ 不实施该措施可能发生的后果及其它可替代诊疗方式；

# 福建省立医院

## 肿瘤化学治疗(含靶向治疗)知情同意书

姓名                      性别 女 年龄 40岁 病区/床号 09.38 住院号                     

☐如另有关于此措施的相关说明资料,我已经交付患者

医师签名:

张永梅

日期: 2018年12月4日

### 三、患方声明

1. 医师已向我解释,并且我已经了解实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、成功率之相关信息。
2. 医师已向我解释,并且我已经了解选择其它医疗措施之风险。
3. 医师已向我解释,并且我已经了解该医疗措施的风险和不实施该医疗措施的风险。
4. 针对我的情况,我能够向医师提出问题和疑虑,并已获得说明。
5. 我了解该医疗措施可能是目前最适当的选择,但是其仍然存在风险且无法保证一定能够达到预期目的。
6. 我已经向医师如实介绍了病史,尤其是与本医疗措施有关的病史。
7. 紧急情况处置授权。本人明白除了医生告知的危险以外,医疗方案实施中有可能出现其他危险或者预想不到的情况,在此我也授权医师,在遇到预料之外的紧急、危险情况时,从考虑本人利益角度出发,按照医学常规予以处置。

基于上述声明,我 同意 (填同意或不同意)实施该项医疗措施。

患者签名(手印):

患者家属/委托人签名(手印):

患者监护人签名(手印):

日期: 2018年12月4日

日期: 2018年12月4日

(注:患者家属签名应与授权委托书签名一致)