



靶向治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 55 岁 住院号: [REDACTED] 科室: 胃肠肿瘤内科

诊断: 结肠癌肝转移 (晚期)

一、医生告知

(一) 拟使用药物: 靶向治疗 (二) 预期目标: 控制病情, 延长生存期, 临床治愈 (三) 药物可能导致的毒副反应: 1、皮肤反应: 如皮疹、荨麻疹、皮肤干燥、疼痛肿胀等。 2、胃肠道反应: 如腹泻、腹痛、黑便、纳差、恶心、呕吐、口腔黏膜炎等。 3、肺毒性: 如呼吸困难、咳嗽、咯血、间质性肺疾病等。 4、心血管毒性: 如胸闷、心悸、心肌缺血、心律失常、高血压等。 5、肝肾功能损害。 6、骨髓抑制: 如粒细胞缺乏、贫血及血小板减少导致感染、出血等。 7、眼睛损害: 如结膜炎、干燥性角结膜炎等。 8、其它:

(四) 医师声明

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, 并且解答了患者关于此次诊治的相关问题。

医师签字: [REDACTED]

时间: 2018 年 6 月 2 日 时 分

二、患者及家属意见

我已详细阅读以上告知内容, 对医生的解释已清楚理解, 经慎重考虑

同意 不同意 接受靶向治疗并愿意承担风险。同时, 我也授权医师: 在发生紧急情况下, 为保障患者利益出发, 医师有权按照医学常规予以紧急处置, 更改并选择最适宜的治疗方案实施必要的抢救。

患者或被委托人(需委托书)签名 [REDACTED]

时间: 2018 年 6 月 2 日 时 分

近亲属/监护人签名:

与患者关系: [REDACTED]

时间: 2018 年 6 月 2 日 时 分

见证人/院方代表 签名 [REDACTED]

与患者关系:

时间: 2018 年 6 月 2 日 时 分

附注: 1. 患者具备完全民事行为能力时, “患者签名”为必签项; 如患者授权他人代为知情同意时, 必须签署授权委托书; 患者不具备完全民事行为能力时, 必须由其监护人或患者直系近亲属签署。2. “见证人签名”为备用项, 可由患者亲属、朋友等关系人签名; 当患者紧急抢救且无法与其直系亲属取得联系时, 院方代表工作时间为医务科负责人、非工作时间为行政总值。