

# 复旦大学附属儿科医院

## 化疗知情同意书

姓名: [ ] 性别: [女] 年龄: [3岁11月] 病区: [六病区] 床位号: [加04] 住院号: [ ]

1、患者疾病诊断: [1、为肿瘤化学治疗疗程, 2、腹膜后恶性肿瘤(神母术后;IV期;Nmyc阴性;)]

2、拟实施医疗方案名称: 化疗方案

3、为何实施此手术/操作: [肿瘤治疗需要]

4、给药方式: [静脉]

4、拟实施医疗方案及其风险和注意事项:

- ☒ 化疗药物过敏; ☒ 化疗后发热; ☒ 脱发;
- ☒ 恶心、呕吐、食欲下降; 腹痛、腹泻; 电解质紊乱; 伪膜性肠炎; 便秘;
- ☒ 骨髓抑制: 贫血; 白细胞下降, 易感染; 血小板下降, 易致颅内出血及其他脏器出血;
- ☒ 心脏毒性: 心律失常; 心功能衰竭; 心包炎等;
- ☒ 肾脏毒性: 肾功能异常; 肾功能衰竭等;
- ☒ 肺脏毒性: 肺纤维化; 呼吸功能障碍;
- ☒ 神经毒性: 疼痛, 感觉异常, 运动障碍, 瘫痪, 听力障碍, 嗜睡, 昏迷等;
- ☒ 皮肤粘膜损伤: 瘙痒, 红斑, 水泡, 剥脱性皮炎, 湿疹, 溃荡, 皮肤坏死口腔溃荡, 粘膜炎症等;
- ☒ 注射化疗药物时及注药后药液溢漏导致皮肤及皮下组织损伤、感染、坏死;
- ☒ 免疫功能抑制; ☒ 不育不孕; 致畸可能; ☒ 药物特殊性引起的并发症;
- ☒ 化疗不敏感或对化疗药物耐药, 肿瘤复发或转移;
- ☒ 肿瘤溶解综合征, 可引起急性肾功能衰竭、心率失常、电解质紊乱, 甚至猝死可能;
- ☒ 化疗后并发症先于疗效出现, 加重原发疾病, 使病情进展、恶化, 甚至危及生命;
- ☒ 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儿家属特别注意的其他事项,

如: [请填写内容]

5、若放弃此项治疗可能引起的结果: [肿瘤病情进展]

6、替代医疗方案: [放疗、靶向治疗]

说明: 1, 由于篇幅所限, 某些化疗导致的少见不良事件并没有包括在上述毒性描述之中, 但不代表不会发生。  
2, 化疗作为目前恶性肿瘤的主要治疗手段之一, 对全身多个系统均有可能产生严重的毒性。如果发生任何不良事件, 均可给病人带来一定的危害。医务人员将采取有关措施积极处理这些毒性反应。

患方声明: 1, 以上内容医生已向患方做了充分的解释, 患方已经了解实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、成功率之相关信息和不实施该医疗措施的风险; 患方向医师提出问题和疑虑, 已获得说明; 患方已经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;  
2, 紧急及意外情况处置授权: 患方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, 在此也授权医生, 在遇到紧急、危险或其他预料之外的情况时, 按照医学常规予以处置。

基于以上声明, 患方 ☒ 同意 ☐ 不同意 (填同意或不同意) 对患儿实施该项医疗措施

患者法定监护人/委托人签名: [ ] [指纹]

签名者与患儿关系: [母亲]: [其他人]



复旦大学附属儿科医院  
特殊治疗知情同意书

姓名: [ ] 性别: [女] 年龄: [4岁] 病区: [六病区] 床位号: [34] 住院号: [ ]

- 1、患者疾病诊断: [1、为肿瘤化学治疗疗程, 2、腹膜后恶性肿瘤(神母术后;IV 期;Nmyc 阴性;)]
- 2、拟实施医疗方案名称: [尿激酶溶栓]
- 3、为何实施此手术/操作: [化疗泵血栓形成]
- 4、麻醉方式: [无]
- 5、拟实施医疗方案及其风险和注意事项:  
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:  
[风险及并发症]

☒ 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儿家属特别注意的其他事项,

如: [请填写内容]

6、若放弃此项治疗可能引起的结果: [引起的结果]

7、替代医疗方案: [替代治疗方案]

患方声明: 1, 以上内容医生已向患方做了充分的解释, 患方已经了解实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、成功率之相关信息和不实施该医疗措施的风险; 患方向医师提出问题和疑虑, 已获得说明; 患方已经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;

2, 紧急及意外情况处置授权: 患方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, 在此也授权医生, 在遇到紧急、危险或其他预料之外的情况时, 按照医学常规予以处置。

基于以上声明, 患方 ☒ 同意 ☐ 不同意 (填同意或不同意) 对患儿实施该项医疗措施

患者法定监护人/委托人签名: [ ] [指纹]

签名者与患儿关系: [母亲]: [其他人]

身份证号: [360602199107073022] 法定监护人/委托人签名日期: [2020年7月8日11时08分]

医生签名: [ ] 医生签名日期: [2020年7月8日11时06分]

操作医师: [医生签名]



复旦大学附属儿科医院  
镇静治疗知情同意书

姓名: [ ] 性别: [女] 年龄: [4岁] 病区: [十六病区] 床位号: [加22] 住院号: [ ]

1、患者疾病诊断: [诊断]

2、拟实施医疗方案名称: 镇静治疗

3、为何实施此手术/操作: [为何实施此手术/操作]

4、麻醉方式: 无

5、拟实施医疗方案及其风险和注意事项:

镇静治疗是常用、安全、可靠的方法,但在治疗中仍有风险,可能发生的医疗意外及并发症包括但不限于:

☐ 镇静治疗可能无效。

☐ 使用镇静药物可能发生过敏、中毒、高敏反应,严重者可导致呼吸心跳停止。

☐ 循环系统并发症: 低血压、休克、高血压、心律失常、心力衰竭等。

☐ 呼吸系统并发症: 呼吸抑制、呼吸道梗阻、喉痉挛、低氧血症。

☐ 呕吐物返流误吸入气管,引起窒息或吸入性肺炎等并发症。

☐ 可供选择的方法: ☐ 口服 ☐ 灌肠 ☐ 肌注 ☐ 静脉 ☐ 其他 [其他]

6、若放弃此项治疗可能引起的结果: ☐ 检查失败 ☐ 其他 [其他]

7、替代医疗方案: ☐ 自然睡眠 ☐ 其他 [其他]

患方声明: 1, 以上内容医生已向患方做了充分的解释,患方已经了解实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、成功率之相关信息和不实施该医疗措施的风险;患方向医师提出问题和疑虑,已获得说明;患方已经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;

2, 紧急及意外情况处置授权: 患方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,在此也授权医生,在遇到紧急、危险或其他预料之外的情况时,按照医学常规予以处置。

基于以上声明,患方 ☒ 同意 ☐ 不同意 (填同意或不同意) 对患儿实施该项医疗措施

患者法定监护人/委托人签名: [ ] [指纹]

签名者与患儿关系: [父亲]: [其他人]

身份证号: [360602199107073022] 法定监护人/委托人签名日期: [2020年7月15日15时47分]

医生签名: [李晶晶]

医生签名日期: [2020年7月15日15时37分]

操作医师: [医生签名]