



化疗/免疫化疗/生物免疫治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 40 住院号: 9822164 科室: 肺二科

一、医师告知

(一) 诊断: 肺癌

(二) 拟行化疗方案: ☐ 化疗 ☒ 免疫化疗 ☐ 生物免疫治疗

(三) 预期目标: 控制病情, 延长生存期, 临床治愈

(四) 化疗可能出现的毒副反应

1. 骨髓抑制(粒缺、贫血及血小板减少)所致的严重感染、贫血和出血。
2. 胃肠道反应(恶心、呕吐、腹痛腹泻、食欲减退等)。
3. 脱发、皮疹、药物过敏反应, 严重者可以出现过敏性休克, 甚至死亡。
4. 肿瘤溶解综合征。
5. 药物性心、肝、肾功能损害。
6. 多脏器功能衰竭、呼吸循环衰竭甚至死亡。
7. 出血性膀胱炎。
8. 化学性静脉炎, 甚至形成经久难愈的溃疡或局部坏死, 并感染, 严重者需植皮。
9. 鞘内注射可出现神经毒性反应, 化学性蛛网膜炎、肢体麻痹、头痛头晕, 严重者可致截瘫。
10. 免疫反应: 细胞因子释放综合征、巨噬细胞活化综合征等
11. 神经精神症状(头痛、头晕、失眠等)。
12. 代谢异常(高血糖、低钠血症、低蛋白血症、低钙血症等)。
13. 其他

备注: 由于医疗技术水平发展的局限和个体化差异, 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。

(五) 化疗毒副反应的预防及处理:

1. 抗感染、输血、输血小板。
2. 升白细胞, 促红细胞生长。
3. 对症处理(止呕、止泻、解痉)。
4. 碱化尿液, 水化。
5. 检测心、肝、肾功能。
6. 神经营养。
7. 调节免疫。

(六) 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、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。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抢救治疗措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异, 意外风险不能完全避免, 且不能确保治疗完全成功, 可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果, 及其他不可预见且未能告知的特殊情况, 恳请理解。

医师签字: [REDACTED]

时间: 2018 年 10 月 25 日 10 时 9 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, ☒ 明确同意 / ☐ 不同意 (请勾选) 接受定期抗肿瘤治疗并愿意承担风险。同时, 我授权医师: 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



化疗/免疫化疗/生物免疫治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 74岁 住院号: P968672 科室: 放疗科

治疗方案实施必要的抢救。

患者或被委托人签名: [REDACTED] 时间: 2018年10月15日10时0分

家属签名: _____ 与患者关系: _____ 时间: _____年____月____日____时____分