

### 特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较一般检查与治疗难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中与治疗中以及检查治疗后都有可能出现的并发症等）、替代诊治方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一 般 项 目	患者姓名: <u>                    </u> 性: <u>女</u> 别: <u>女</u> 年 龄: <u>33岁</u>
	科 室: <u>血液内科</u> 病房或病区: <u>[病区]</u> 住院号: <u>                    </u>
	身份证号码: <u>                    </u> 登记号: <u>                    </u>
医 师 说 明	<b>【病情简介】</b> (主要症状、体征、疾病严重程度) <input type="checkbox"/> 1、急性白血病 <input type="checkbox"/> 2、恶性淋巴瘤 <input type="checkbox"/> 3、多发性骨髓瘤 <input type="checkbox"/> 4、噬血细胞综合征 <input checked="" type="checkbox"/> 5、其它: <u>慢性粒细胞白血病</u>
	<b>【过敏史】</b> <input type="checkbox"/> 无 <input checked="" type="checkbox"/> 有, 过敏药物: <u>青霉素</u>
	<b>【治疗前诊断】</b>
	<b>【替代治疗方案】</b> (目前的主要不同治疗方案介绍) <input type="checkbox"/> 1、放疗 <input checked="" type="checkbox"/> 2、姑息支持治疗 <input type="checkbox"/> 3、其它:
	<b>【拟行治疗适应症】</b>
	<input type="checkbox"/> 1、恶性肿瘤需应用化疗药物治疗 <input checked="" type="checkbox"/> 2、其它: <u>化疗</u>
	<b>【建议拟行治疗名称】</b> 恶性肿瘤的化学治疗 化疗方案: <u>培门冬酶</u>
	<b>【治疗目的】</b>
	<input checked="" type="checkbox"/> 1、控制疾病进展 <input type="checkbox"/> 2、改善症状 <input type="checkbox"/> 3、其它:
	<b>【患者自身存在危险因素】</b> _____  <b>【拟行特殊治疗禁忌症】</b> 1、存在脏器功能不全, 无法耐受治疗;      2、因特殊情况无法配合治疗;

# 首都医科大学附属北京友谊医院

## 特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

3、对治疗药物过敏；

4、其它：

【治疗风险，包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等】

☒ 1、静脉注射化疗药：可产生化学性静脉炎，药物外漏可引起局部组织化学性炎症及坏死。

☒ 2、骨髓抑制：引起白细胞、红细胞和血小板减少，导致全身及脏器感染、败血症，感染性中毒休克；血小板减少引起脏器出血（包括眼底和颅内出血）。

☒ 3、脏器毒性：化疗药物在杀伤癌细胞的同时也损伤正常细胞，且经肝和肾代谢排除，故化疗期间可能会引起心脏、肺、肝脏、肾脏功能障碍或衰竭。

☒ 4、神经毒性：某些化疗药物会引起神经毒性反应，出现末梢神经炎、听神经损伤及精神障碍。

☒ 5、过敏反应：抗癌药物除引起过敏性药疹外，严重时表现呼吸困难、青紫、低血压甚至休克，导致生命危险。

☒ 6、胃肠道反应：恶心、呕吐、便秘、腹泻、黏膜溃疡及危及生命的消化道出血。

☒ 7、肿瘤溶解综合征：用药后可出现癌细胞短时间内急剧破坏，发生多脏器功能不全，甚至危及生命。

☒ 8、脱发及远期迟发反应。不育、妇女闭经、~~和增加~~第二肿瘤的发生率。

☒ 9、药物敏感性存在个体差异，有可能对化疗~~不敏感~~，化疗无效。

☒ 10、其它：不可预知的药物副反应。

【治疗后主要注意事项】

1、 清洁饮食，保持口腔、肛周清洁，避免到人多场所，注意预防感染；

2、 定期监测血常规，必要时给予G-CSF及输血治疗；

3、 定期监测肝肾功能，必要时予对症支持治疗；

4、 若出现发热、明显乏力、出血等不适，及时门诊及急诊就诊；不适随诊；

5、 按医嘱要求，按时完成后续巩固治疗。

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除治疗风险及医疗意外风险等因素，存在治疗前和治疗后不可预见的特殊情况，恳请理解。

【拒绝治疗可能发生的后果】

1、 延误治疗，导致疾病进展。

2、

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

治疗医师签名： 签名时间：2011年12月28日9时40分 签名地点：血液科病房。

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

# 首都医科大学附属北京友谊医院

## 特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

<p>患者/患者近亲属/法定监护人确认：</p> <p>患者知情同意内容</p>	<p>医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。</p> <p>医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方案，也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查与治疗及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。</p> <p><u>我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容。</u></p> <p>（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）</p> <p>我 <u>同意</u> （填写“同意”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。</p> <p>并授权医师：在检查与治疗中或检查与治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，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检查与治疗方案实施必要的抢救。</p> <p>患者签名：_____</p> <p>患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系： <u>夫妻</u> 联系电话：_____</p> <p>患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____</p> <p>签名时间： <u>2017</u> 年 <u>12</u> 月 <u>28</u> 日 <u>9</u> 时 <u>45</u> 分 签名地点： <u>血液科</u></p> <p>我 _____ （填写“不同意”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。</p> <p>患者签名：_____</p> <p>患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____</p> <p>患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____</p> <p>签名时间：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分 签名地点：_____</p>
<p>备注</p>	<p>患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由：_____</p> <p>记录人：_____</p> <p>见证人：_____ 见证人身份证号码：_____</p>