



放疗知情同意书

治疗介绍和建议

医生已告知我患有恶性胸腺瘤 IVa, 需要进行重离子放射治疗, 尽管一般情况下放射线对人体是有害的, 但是在肿瘤或某些其他疾病治疗中, 放射治疗却一种重要而且非常有效的治疗手段, 一般情况下, 放射治疗是安全可靠的。

其他: 一、治疗目的: 杀灭肿瘤细胞, 控制肿瘤生长, 缩小肿瘤体积; 延缓肿瘤生长; 降低肿瘤扩散机会; 减轻肿瘤生长可能导致的严重症状或体征。

二、治疗方案为: 重离子放射治疗 本次治疗疗程费用大约15万元人民币 (包括计划、全程的放射治疗费用, 但不含住院、门诊及检查的费用。该放疗费用目前属自费项目, 没有纳入医保报销范围。)

三、可能的治疗效果: 减慢肿瘤生长, 降低远处转移率; 缩小肿瘤体积; 缓解肿瘤引起的症状; 有效地提高生活质量。

四、可供选择的方案:

如果您不同意此方案, 根据病情还可以选择以下治疗方法: 手术; 化疗; 靶向治疗; 其他放射治疗 (光子放射治疗, 但毒性反应可能较重离子治疗严重)

五、成功的可能性:

如果您配合治疗, 且无意外发生, 您所接受的放射治疗可以起到减慢肿瘤生长的作用。对于部分患者, 肿瘤可以被控制, 临床症状改善, 提高患者的生存质量, 延长患者的生存期。但在放疗期间或放疗完成后病情也可出现进展。因患者为术后光子放疗后复发, 且已出现远处转移, 仅为缓解患者不适症状, 对心缘左边较大病灶行姑息性碳离子治疗, 因碳离子更兼有高线性能量传递的特点, 具有更高的相对生物物理效应和更低的氧增强比, 增加治疗安全性的同时, 有可能进一步提高对肿瘤的杀伤效应。

治疗潜在风险和对策

医生告知我如下放射治疗期间可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的放疗方案根据不同病人的情况有所不同, 我可与我的医生讨论有关我放疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1、我理解任何放射治疗都存在风险。

2、我理解根据治疗部位的不同实施放射治疗, 存在以下风险:

1) 全身反应: 乏力、食欲下降、恶心、呕吐等;

2) 造血系统反应: 骨髓抑制、白细胞减少、血小板减少等;

3) 心脏损害: 心动过速、心律失常、心肌炎、心力衰竭、心脏病加重、心肌梗死概率上升等;

4) 气管损害: 咳嗽、咯血、放射性气管炎、气管狭窄、气管瘘等;

5) 肺部损害: 放射性肺炎、肺间质纤维化、肺功能损害等;

6) 食管损害: 放射性食管炎、食管穿孔、食管气管瘘、食管出血、纵隔血管破裂出血, 引起死





放疗知情同意书

亡;

- 7) 肝损害: 肝功能异常、放射性肝炎、放射性肝坏死、肝功能衰竭、黄疸等;
- 8) 胃肠损害: 胃炎、放射性直肠炎、肠狭窄、肠梗阻、胃肠穿孔、肠出血、肠粘连等;
- 9) 泌尿系统损害: 尿道炎、放射性膀胱炎、肾功能异常、放射性肾炎、膀胱出血、穿孔、挛缩、尿道狭窄、梗阻等;
- 10) 骨损害: 骨质疏松, 放射性骨髓炎、骨折、放射性骨坏死等;
- 11) 唾液腺及口腔反应: 唾液腺分泌抑制, 口腔黏膜急性反应、急慢性溃疡, 口干、硬腭穿孔;
- 12) 皮肤和肌肉损害: 急性放射反应, 放射后纤维化, 充血、肿胀、烂、溃疡甚至形成窦道, 经久不愈, 纤维变、萎缩及皮肤花斑样改变和色素沉着; 软组织红肿、疼痛、水肿、蜂窝组织炎、坏死, 肌肉萎缩、肌痉挛, 软组织纤维变, 活动受限等;
- 13) 脊髓损害: 放射性脊髓炎, 截瘫等;
- 14) 脑损伤: 急性放射性脑水肿、颅内压升高、脑疝、慢性放射性脑损伤、脑坏死等;
- 15) 生长发育障碍、不孕不育等;
- 16) 内分泌功能低下: 垂体、甲状腺、性腺功能低下等;
- 17) 五官损害;
- 18) 放射性白内障、眼底损伤、视神经损伤、眼球萎缩、失明、听力障碍;
- 3. 我理解放射治疗是对肿瘤病灶的局部治疗, 治疗期间或治疗后可能会出现肿瘤的远处转移。
- 4. 我理解放疗区域内在放疗期间或放疗后仍有可能出现肿瘤进展或复发。
- 5. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在治疗期间或治疗后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。
- 6. 我理解因病灶进展或自身健康的原因, 放疗可能终止。
- 7. 我理解定位和放疗过程中如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 除上述风险以外, 还可能出现以下特殊并发症或风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

①我的医生已经告知我将要进行的放疗方式、此次放疗及放疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且向我解答了关于此次放疗的相关问题。

②我同意在放疗期间医生可以根据我的病情对于放疗实施方案作出调整。

③我理解我的放疗方案的实施需要多位医生和技术人员共同进行。

④我并未得到放射治疗百分之百治愈所患疾病的许诺。





甘肃省武威医学科学院

Gansu Wuwei Academy of Medical Science

放疗知情同意书

⑤我授权医师对操作涉及的病变器官、组织、标本及影像资料等进行处置，包括病理学检查，细胞学检查、科学研究和医疗废物处理等。

⑥我已如实向医生告知我的所有病情，如有隐瞒，一切后果自负；如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名。

患者签名:

身份证号:

通讯地址:

医生陈述

我已经告知患者将要进行的放疗方式，此次放疗及放疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次放疗的相关问题。

医生签名: 张一贺 张一贺

签名日期: 2020年3月30日

