

# 首都医科大学宣武医院

## 放射治疗知情同意书

患者姓名: [REDACTED]

临床诊断: 淋巴瘤(中腔)

病理诊断: MALT

### 治疗介绍和建议:

医生已告知我患淋巴瘤, 需要进行头部放射治疗。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, 放射治疗却是一种重要的和非常有效的治疗手段。一般情况下, 放射治疗是安全可靠的。

### 治疗潜在风险:

医生告知我如下放射治疗期间可发生的一些风险, 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, 医生告诉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也可与我的医生讨论。

1. 我理解任何放射治疗都存在风险。

2. 我理解实施放射治疗根据治疗部位的不同, 存在以下风险:

(1) 全身反应: 乏力、食欲下降、恶心、呕吐;

(2) 造血系统反应: 骨髓抑制、白细胞减少、血小板减少;

(3) 心脏损害: 心动过速、心律失常、心肌炎、心衰、心脏病加重、心肌梗死几率上升;

(4) 气管损害: 咳嗽、咳血、放射性气管炎、气管狭窄、气管瘘;

(5) 肺脏损害: 放射性肺炎、肺纤维化、肺功能损害;

(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;

(7) 肝脏损害: 肝功异常、放射性肝炎、放射性肝坏死;

(8) 胃肠损害: 胃炎、腹泻、放射性直肠炎、肠狭窄、肠梗阻、胃肠穿孔、肠出血、肠粘连;

(9) 泌尿系统损害: 尿道炎、放射性膀胱炎、肾功异常、放射性肾炎、膀胱出血、穿孔、挛缩、尿道狭窄、梗阻;

(10) 骨损害: 骨质疏松、放射性骨髓炎、骨折、放射性骨坏死;

(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;

(12) 皮肤和肌肉损害: 急性放射反应、放射后纤维化, 充血、肿胀、糜烂、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；

(13) 脊髓损害：放射性脊髓炎、截瘫；

(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；

(15) 生长发育障碍；

(16) 内分泌功能低下：垂体、甲状腺、性腺；

(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；

(19) 其它意外风险。

(20) 其它 既往所患结核病反复

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，在治疗期间或治疗后可能出现相关的病情加重，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。

患者知情选择：

● 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、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次放疗的相关问题。

● 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做出调整。

● 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。

● 我并未得到放射治疗百分之百治愈所患疾病的许诺。

患者签名：\_\_\_\_\_

签名日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

委托人签

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、可能存在的其它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：\_\_\_\_\_

签名日期：2020年8月31日

