

郑州大学第一附属医院知情同意书·同意签字页

我已经充分理解了我的临床、病理及影像资料可能进行医学研究的相关事宜，我有机会提问而且所有问题均已得到解答。我理解参加医学研究是自愿的，我可以选择不参加医学研究，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。如果我需要其他诊断/治疗，或者有其他合理原因，研究者可以终止我继续参与医学研究。我自愿同意参加医学研究，我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

请抄写：“我已阅读并理解该项医学研究，并且知情同意”。

我已阅读并理解该项医学研究，并且知情同意。

患者姓名（正楷）：	
患者签名：	
联系电话：	
日期：	2019 年 12 月 10 日

（当受试者知情同意能力欠缺或不足时，增加或替换以下方式：）

监护人姓名（正楷）：	
监护人签名：	
与患者的关系：	
联系电话：	
日期：	年 月 日

医生姓名（正楷）：	黄文鹏
研究医生签名：	
联系电话：	15136567331
日期：	2019 年 12 月 12 日

化疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 科别: 肿瘤科一(3) 床号 [REDACTED]
您(您的家属)被诊断为: 1. 颅底MUT癌术后 2. 轻度脑萎缩 3. 双目失明 4. 轻度脑动脉硬化

拟行化疗方案: 吉西他滨+奥沙利铂甘露醇+尼妥珠单抗

1. 化疗可能达到的疗效: 化疗作为治疗肿瘤的主要手段之一, 已广泛应用于临床, 并对多种肿瘤具有良好的疗效, 部分肿瘤病人经过化疗可以得到根治, 更多的病人经过化疗可以延长生存时间及改善生活质量。但是, 不是所有病人都适宜于化疗, 也不是所有肿瘤都对化疗敏感。

2. 化疗可以引起的不良反应: 化疗的不良反应随所用药物及病人的耐受能力而异, 大多数为可逆性, 停药或对症治疗后能缓解, 极少数也可发生严重并发症, 甚至死亡。另外化疗需要强大的经济支持, 如价格较昂贵的抗生素及对症支持治疗。化疗的副反应包括:

(1) 骨髓抑制: 出现贫血, 粒细胞减少, 血小板减少, 引起继发感染、出血, 严重者有感染性休克、颅内出血或内脏出血等可危及生命。

(2) 胃肠道反应: 主要有恶心, 呕吐, 腹泻, 便秘, 腹痛。

(3) 肝、肾功能损坏: 原肝肾功能较差者及大量用药者可引起肝、肾功能衰竭, 造成死亡。

(4) 出血性膀胱炎。

(5) 心脏毒性: 多种药物可引起心肌炎、心脏传导异常, 心功能衰竭, 甚至死亡。

(6) 肺毒性: 引起肺纤维化等, 影响肺功能。

(7) 周围神经及中枢神经毒性: 如肢端麻木、听力下降, 平衡失调等。

(8) 应用激素可能出现股骨头坏死、消化道溃疡、出血、感染、激素面容、血糖升高、水电解质平衡紊乱等不良反应。

(9) 其它不良反应: 脱发、色素沉着、粘膜炎、血栓静脉炎、局部组织坏死、过敏反应、

流感样症状、肾上腺皮质机能减退、影响生育。

(10) 肿瘤对化疗不敏感。

3. 医生的责任: 我们将通过讨论尽可能提供合理的化疗方案, 以期达到最佳疗效, 同时我们将避免、预防和积极处理化疗的毒副作用。

4. 病人的配合: 在化疗中, 病人应配合我们的检查和治疗。

我的医生已经告知我将要进行治疗方式、此种治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他替代治疗方法并且解答了我关于此种治疗的相关问题。对于上述可能出

化疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 科别: 肿瘤科一(3) 床号: [REDACTED]

现并发症或意外情况我表示理解, 同意接受化疗, 并愿意承担因此而带来的各种风险。

患者或法定代理人签名:

与患者本人关系:

代理人身份证号及联系方式:

医师签名: 主任医师: 郑颖娟

患者授权委托书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: [REDACTED]

委托人(患者本 性别: 女 年龄: 59岁

有效证件号码: [REDACTED] 住址: [REDACTED]

受托人 [REDACTED]

有效证 [REDACTED]

与患者关系: 儿子

本人于 2019年10月15日 因病住院。本人在住院期间, 有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书, 本人郑重委 [REDACTED] 为我的代理人, 代为行使住院期间的知情同意权利, 并履行相应的签字手续, 全权代表本人签字, 被委托人的签字视同本人的签字。

受委托人签署同意书后产生的后果, 由患者本人承担。

患者签字: (或手印)

受委托人签名

医师签名: 主任医师: 郑颖娟

签名时间: 2019年11月19日 11时36分