



放射治疗知情同意书

患者姓名	性别	年龄
病历号	科室	出生日期
一、疾病诊断与检查（治疗）建议：		
1. 检查/治疗前诊断：		
2. 拟行特殊检查（治疗）名称：放射治疗		
3. 建议检查（治疗）原因：		
二、医生陈述：		
我已告知患者（及/或患者法定代理人、近亲属、关系人）有关疾病诊断、即将进行的检查（治疗）方案与方式、此次检查（治疗）过程及术后可能发生的并发症与风险（另详列于背页，包括但不限于）、费用以及可能存在的其它治疗方法等信息；并且解答患者关于此次检查（治疗）的相关问题，如下：		
患者特殊风险和主要高危因素： ☒ 无		
其它：		
医师签名：日期：2018年2月28日10时10分		
三、患者（及/或患者法定代理人、近亲属、关系人）知情选择：		
在听取医师的解释并仔细阅读背页说明与询问有关事项后，已理解本疾病诊断、即将进行的放射治疗方案与方式、治疗过程及治疗后可能的并发症与风险、费用以及可能存在的其它治疗方法等信息；签字同意贵院实施本放射治疗及下列事项。		
1. 配合医护人员完成放射治疗，遵守放射治疗前、放射治疗中及放射治疗后的医嘱与承担全部费用。		
2. 医生已经充分告知放射治疗过程中及治疗后患者出现可能的反应和并发症（详列于背页，包括但不限于），患者及家属表示理解并同意由医生实施治疗或必要的救治措施。		
3. 放射治疗过程中医师可根据病情，对预定的治疗方案与方式做出调整。		
4. 受医学科技发展与个人体质差异等不确定因素影响下，放射治疗并非一定有效且放射治疗后仍存在肿瘤进展、肿瘤复发和转移可能。		
5. 事情发生时依法律规定程序处理相关事宜，不扰乱本院诊疗秩序、不侵害他人至本院就医之权益、不危（损）害本院员工人身安全与相关财物。		
患者签名：	关系人签名：	
签名时间	关系：患者之	
10时10分	电话：13132118526	
	关系人身份证件类型： ☒ 身份证 ☐ 军官证 ☐ 护照	
	关系人身份证件号码：120110196611231258	
	签名时间：2018年2月28日10时10分	