

## 铜陵市人民医院 特殊治疗同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 科别: 肿瘤三科 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

患者因病于2018-05-29日入住我院肿瘤三科。根据患方所陈述的病情、存在的症状及有关检查,目前拟诊断为1.血小板增高待诊 2.肺部感染。由于病情需要,为了进一步明确诊断,经治医师建议于2018-05-30日,进行 血小板单采 治疗。该治疗方案是一种对人体有一定副作用、高风险及高难度的治疗方法。鉴于当今医学科技水平的限制和患者个体特异性、病情的差异及年龄等因素,由于已知和无法预见的原因,本治疗方案有可能会发生失败、并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况。即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意义务的情况下,该治疗方案前后及治疗时仍有可能发生如下医疗风险:

1. 低血压
2. 水电解质平衡紊乱
3. 血栓, 出血
4. 脏器衰竭
5. 治疗失败

医务人员将采取必要的预防和救治措施以及合理的控制医疗风险,但由于现在医疗水平所限,仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的其他情况。一旦发生上述情况则有可能导致患者不同程度人身伤害的不良后果。

医患双方的共识:

1. 医疗机构及其他医务人员在医疗活动中,必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规、恪守医疗服务职业道德。

2. 患方已充分了解了该治疗方法的性质、合理的预期目的、危险性、必要性和出现医疗风险情况的后果及可供选择的其他治疗方法及其利弊;对其中的疑问,已得到了经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的检查方案。

3. 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示,并确认医方已履行了告知义务,患方已享有知情、选择及同意权的权力,将受我国有关法律的保护。本同意书一式二份,医患双方各执一份。

患者或近亲属或法定代理人签字: [REDACTED]

医院经治医师签字: [REDACTED]

18 年 5 月 30 日

18 年 5 月 30 日

## 铜陵市人民医院 特殊治疗同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 科别: 肿瘤三科 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

目前诊断: 1. 血小板增高待诊; 2. 肺部感染

拟施化疗名称: 羟基脲

拟定化疗开始时间: 2018-05-30

拟定化疗周期数:

尊敬的 [REDACTED] 女士:

病员经各项临床检查之后, 院方医师检查诊断为恶性肿瘤, 可以选择化学药物治疗方案。经治医师将尽一切努力, 认真负责, 细心谨慎, 严格按操作规则办事。为了依法维护医患双方的合法权益, 建立相互信任理解的医患关系, 我院特告知如下事项, 以便您考虑并作出选择:

一、化疗是肿瘤治疗的主要方法之一, 是通过药物治疗以其杀灭弥散于全身各处的癌细胞, 控制肿瘤进展, 有助于延长病人的生存期。化疗对癌症引起的并发症如心包腔、胸膜腔、腹腔积液及因癌肿引起的炎症、肢体肿胀等也有一定疗效。

二、对于肿瘤经手术切除后的患者, 化疗有助于杀灭体内残存的癌细胞。对于未手术者和转移、复发者, 化疗有助于控制其病变进展。延长病人的生存期。

三、因存在个体差异, 化疗的作用仍有限, 目前的医疗水平尚不能完全控制肿瘤的进展。鉴于当今医学科学发展水平的局限和病员个体特异性及病情的差异, 绝对安全又没有任何副作用的特殊检查和治疗是不存在的。由于已知和无法预见的原因, 本诊疗方案可能会发生失败, 并发症、损伤或某些难以防范和处理的意外情况, 也还能保证其结果和疗效。即使在医务人员已认真进到工作职责的情况下, 仍有可能发生如下情况:

- 1、消化道反应: 如恶心、呕吐、腹泻。严重时电解质紊乱, 消化道出血;
- 2、血液学毒性: 主要有白细胞、血小板下降, 严重可致全身感染、出血死亡;
- 3、药物过敏反应: 如发热、皮疹、过敏性、休克等;
- 4、心血管系统毒性: 如心肌、传导系统损害已静脉炎等;
- 5、肝、肾功能损害: 如SGPT、BUN、Cr指标升高, 黄疸等;
- 6、局部毒性反应: 如皮肤腐烂、发炎、组织坏死、血栓性静脉炎等;
- 7、泌尿系统: 如化学性尿道炎、膀胱炎、血尿等;
- 8、神经系统毒性: 如周围神经炎和精神症状;
- 9、肺脏毒性反应: 过敏性肺炎、肺纤维化等;
- 10、生殖器官损害: 卵巢功能损害致不育、闭经等;
- 11、免疫功能抑制, 继发性肿瘤的出现: 如白血病等;
- 12、其他: 脱发、皮肤色素沉着及目前医学还不能遇见的并发症;
- 13、以上任何一种并发症严重者可致患者死亡、或致患者无法完成预定化疗方案;
- 14、其他需要说明的事项;



## 铜陵市人民医院 特殊治疗同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 科别: 肿瘤三科 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

在治疗之前, 医生将对患者进行全面检查, 严密观察病情变化, 治疗中一旦出现上述意外或并发症, 医生会全力予以抢救;

若您有疑问, 请及时与经治医师或科主任联系, 我们会认真听取并给予耐心的解答。您有权知道该种化疗的性质、目的及其危险性, 以及可能取代的其他方法及其利弊, 有权选择同意或拒绝已拟定的化疗方案。您的意愿将会等到尊重。但是, 您接受该化疗方案, 就表明您已清楚所作决定可能引起的风险和结果。

本治疗方案需要在您接受了上述解释并履行签字同意手续后, 才予以实施。

经治医师 (签字或盖章): 金凤祥

2018-05-30

作为病员 (及/或病员家属、关系人), 我已经仔细阅读并理解了上述各项告知内容, 经治医师亦已向我做了充分的寿命和解释, 对于贵院拟定的化疗方案我已充分知情。经过慎重考虑, 我签字同意贵院施行该化疗方案, 并自愿承担由此而产生的全部合理的化疗风险及费用。

病 员 (签字): [REDACTED] \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

家 属 (签字): [REDACTED] 联系电话: 同知 \_\_\_\_\_ 18 年 5 月 30 日

关系人 (签字): \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日



铜陵市人民医院  
骨髓穿刺术知情同意书

姓名: 性别: 女 科别: 肿瘤三科 床号: 病案号:

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我需要在局部麻醉下进行骨髓穿刺+活检术。

穿刺取骨髓, 协助确定诊断及检测病情变化;

骨髓组织性病理检查, 协助确定诊断及检测病情变化;

其他:。

手术潜在风险和对策

医生告知我骨髓穿刺/活检可发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的医疗方案术式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医疗方案的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。

3. 我理解此医疗方案存在以下并发症风险和局限性:

a. 局部感染或败血症: 局部穿刺点发生红、肿、热、痛, 或全身感染如发热、寒战等;

b. 局麻药过敏, 药物毒性反应;

c. 穿刺部位局部出血血肿;

d. 心血管症状: 穿刺期间可能发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填满、心跳呼吸骤停等;

e. 由于疾病原因或病人自身因素导致的穿刺失败, 可能需要再次穿刺;

f. 术中、术后出血、渗液、渗血, 损伤周围神经、动脉、静脉, 致出血、血肿形成;

g. 穿刺针折断;

除上述情况外, 本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项, 如。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:。

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

我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作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操作的相关问题。我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。我理解我的操作需要多位医生共同进行。我并未得到操作百分之百成功的许诺。我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名:

签名日期

年 月 日

铜陵市人民医院  
骨髓穿刺术知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 科别: 肿瘤三科 床号: [REDACTED] 病案号: [REDACTED]

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: [REDACTED] 与患者关系: [REDACTED] 签名日期: 2018 年 5 月 29 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术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手术的相关问题。

医生签名:

[Handwritten Signature]

签名日期 年 月 日

2018 5 29

