



北京大学肿瘤医院
北京肿瘤医院



北京大学肿瘤医院
HOSPITAL

恶性肿瘤抗肿瘤药物治疗前谈话记录及知情同意书

第1页

性别:男 年龄:27岁 出生日期:1993年01月23日 科室:淋巴肿瘤病房

患者/被委托人/监护人:

根据患者的病情,医生建议患者接受本项治疗,根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定,现向您说明患者病情、治疗项目、治疗目的、医疗风险(包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等)、替代医疗方案及相应措施等,帮助您理解相关情况,便于您做出选择。请您仔细阅读以下告知内容,在认真考虑后签署您的最终意见。

一、病情简介(主要症状、体征、疾病严重程度)

确诊霍奇金淋巴瘤5年余。

二、过敏史

否认过敏史

三、治疗前诊断

霍奇金淋巴瘤

四、治疗目的

- ☐ 失去手术时机,抗肿瘤药物是目前首选治疗方案
☒ 根据患者诊断和分期,应以抗肿瘤药物作为主要治疗方案
☐ 手术前或放疗前抗肿瘤药物治疗,以缩小病灶或清除微小转移灶等
☐ 手术后或放疗后,抗肿瘤药物治疗是进一步治疗的必要手段
☐ 手术后或放疗后复发,应以抗肿瘤药物作为主要治疗方案
☐ 同步放化疗,提高抗肿瘤治疗疗效
☐ 其它:

五、治疗指征及类别

根据诊断、分期及各项临床检查结果,患者具有抗肿瘤药物治疗适应征,无禁忌症,拟为患者施行以下抗肿瘤药物治疗:

- ☒ 化学治疗 ☒ 靶向治疗 ☒ 免疫治疗 ☐ 生物治疗
☐ 其他(请注明):

六、拟行治疗具体方案

地西他滨+PD1(百济)替雷利珠单抗

七、替代治疗方案

根据您的病情,拟行治疗方案作为推荐您的治疗方案。除此之外,目前您还可以选择以下治疗方法:

- ☐ 手术方式 ☒ 支持治疗 ☐ 其他

提示:除医生介绍的情况外,您可以就所关心的其他治疗方案的问题详细询问您的医生,比较后做出决定。您可以自主选择您认为最适合您的治疗方案,您不会因为您的选择受到不公正的对待。

告知医师签名: _____

患者/被委托人/监护人: _____

签名时间: 2020年7月24日 12时50分

签名地点: 淋巴肿瘤病房

八、拟行治疗方案可能发生的并发症及其风险

