

姓名: [ ]		特殊药品使用同意书		登记号: [ ]		住院号: [ ]	
姓名: [ ]		年龄: [ ]		性别: 男			
科室: [ ] 肿瘤放疗科		床位: [ ]		诊断: 恶性肿瘤放射治疗			

**疾病介绍和治疗建议:** 患者目前诊断为: 鼻窦恶性肿瘤, 根据病情需要进行化学药物治疗。

化疗期间及化疗后又可能出现下列不良反应或并发症, 包括:

- 1、骨髓造血及免疫功能抑制及其合并症, 如血象低而致感染、贫血、出血。
- 2、消化系统反应, 如剧烈恶心、呕吐、食欲下降、腹泻、肝功能损害, 严重呕吐致胃黏膜出血。
- 3、粘膜及皮肤附属器反应, 如粘膜溃疡、皮疹及脱发, 色素沉着等。
- 4、泌尿系统反应, 如尿痛、少尿等反应及高尿酸血症、肾功能损害等。
- 5、心血管系统反应, 特别是蒽环类药物, 表现为心慌、胸闷, 重者可心衰而致死。
- 6、呼吸系统反应, 如肺部纤维化、胸闷、憋气等。
- 7、因化疗肿瘤消退过快而致的各种痿道, 如消化道穿孔、血管破裂等。
- 8、按常规注射化疗药物刺激引起的静脉炎、或由于患者活动引起的渗漏而致皮肤红肿热痛、坏死、溃烂及功能障碍等。
- 9、过敏反应, 如皮疹, 过敏性休克, 过敏性哮喘等。
- 10、性功能障碍, 不孕、不育, 致畸, 致癌等。
- 11、因医学及化疗自身局限性, 也可能效果不佳; 或第二肿瘤的发生。

7、因化疗肿瘤消退过快而致的各种痿迟，如消化迟牙孔、血管微裂等。

8、按常规注射化疗药物刺激引起的静脉炎、或由于患者活动引起的渗漏而致皮肤红肿热痛、坏死、溃烂及功能障碍等。

9、过敏反应，如皮疹，过敏性休克，过敏性哮喘等。

10、性功能障碍，不孕、不育，致畸，致癌等。

11、因医学及化疗自身局限性，也可能效果不佳；或第二肿瘤的发生。

12、神经系统反应，如末梢神经炎，一过性或永久性视神经损伤，嗅觉味觉异常等。

13、其他不可预测性因素所导致的化疗性损伤等。

作为医护人员我们将努力减轻或避免上述副反应和并发症，力争取得最佳疗效。假如发生上述问题，患者及家属也表示理解。若同意化疗请签字。

#### 医生陈述：

我已告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

经治医师签名：	
经治医师签字日期：	2021年12月02日

#### 患者知情选择：

医师已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。我同意将要进行治疗方式并同意在治疗中医师可以根据病情对预定的治疗方式作出调整。我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

	患者签名：	
如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名：		[患方签名]
与患者关系：	[与患者关系]	患者（家属）签名日期：2021年12月02日

姓名：		特殊药品使用同意书				登记号：	
						住院号：	
姓名：		年龄：		性别：		男	
科室：		肿瘤放疗科		床位：		[诊断]	

**疾病介绍和治疗建议：**根据病情需要进行化学药物治疗。

化疗期间及化疗后又可能出现下列不良反应或并发症，包括：

- 1、骨髓造血及免疫功能抑制及其合并症，如血象低而致感染、贫血、出血。
- 2、消化系统反应，如剧烈恶心、呕吐、食欲下降、腹泻、肝功能损害,严重呕吐致胃黏膜出血。
- 3、粘膜及皮肤附属器反应，如粘膜溃疡、皮疹及脱发，色素沉着等。
- 4、泌尿系统反应，如尿痛、少尿等反应及高尿酸血症、肾功能损害等。
- 5、心血管系统反应，特别是蒽环类药物，表现为心慌、胸闷，重者可心衰而致死。
- 6、呼吸系统反应，如肺部纤维化、胸闷、憋气等。
- 7、因化疗肿瘤消退过快而致的各种痿道，如消化道穿孔、血管破裂等。
- 8、按常规注射化疗药物刺激引起的静脉炎、或由于患者活动引起的渗漏而致皮肤红肿热痛、坏死、溃烂及功能障碍等。
- 9、过敏反应，如皮疹，过敏性休克，过敏性哮喘等。
- 10、性功能障碍，不孕、不育，致畸，致癌等。
- 11、因医学及化疗自身局限性，也可能效果不佳；或第二肿瘤的发生。

- 11、因医学及化疗自身局限性，也可能效果不佳；或第二肿瘤的发生。
- 12、神经系统反应，如末梢神经炎，一过性或永久性视神经损伤，嗅觉味觉异常等。
- 13、其他不可预测性因素所导致的化疗性损伤等。

作为医护人员我们将努力减轻或避免上述副反应和并发症，力争取得最佳疗效。假如发生上述问题，患者及家属也表示理解。若同意化疗请签字。

**医生陈述：**

我已告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

经治医师签名：	
经治医师签字日期：	2022年03月24日 08:51

**患者知情选择：**

医师已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。我同意将要进行治疗方式并同意在治疗中医师可以根据病情对预定的治疗方式作出调整。我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

	患者签名：	
如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名：		[患方签名]
与患者关系：	[与患者关系]	患者（家属）签名日期：2022年03月24日 08:51

姓名: [REDACTED]		特殊检查及治疗同意书		登记号: [REDACTED]	
				住院号: [REDACTED]	

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: [REDACTED]	住院号: [REDACTED]	入院日期: 2021年12月02日
科室: [REDACTED] 肿瘤放疗科	床位: [REDACTED]	诊断: 恶性肿瘤放射治疗		

**疾病介绍和治疗建议:** 主要诊断: 鼻窦恶性肿瘤

患者当前临床情况以及拟定放疗简介:

操作潜在风险和对策:

根据目前病情, 病人需要进行放射治疗: 由于放射治疗可能出现意外及并发症, 严重时危及病人生命导致死亡, 希望病人与或家属认真听取医生讲解后仔细阅读以下内容, 知晓放疗中或结束后某些病人可能发生的副作用或并发症 (症状出现时间可能不同, 个别情况会长期存在, 甚至伴随终生), 详情如下:

1. 免疫力低下: 出现骨髓抑制, 白细胞、红细胞、血小板下降。
2. 放射性皮肤反应: 色素沉着、破溃、皮下纤维化和脱发; 放射性骨、骨髓及关节损伤。
3. 放射性粘膜炎: 涉及照射区胃肠道、呼吸道、泌尿道和口腔等部位粘膜。
4. 放射性白内障、角膜炎, 放射性耳鸣、耳聋; 放射性龋齿; 张口困难。
5. 放射性脑损伤: 脑水肿、脑坏死、智力障碍、记忆力下降、癫痫发作、性格改变及运动感觉障碍。
6. 放射致腺体和生殖功能下降或丧失, 以及相关症状。



7. 放射性心血管损害；心包炎、心肌炎、心律失常、放射性血管淋巴管损伤，将致肢体或组织水肿，功能障碍。
8. 放射性脊髓炎；放射性肺炎、肺纤维化；放射性肝脏损伤；放射性肾炎、放射性膀胱炎。
9. 胃肠道反应：恶心、呕吐、出血；应激溃疡；肿瘤消退过快致瘘或穿孔；放射性肠炎、肠梗阻、肠粘连、坏死。
10. 疗效不佳；导致第二原发肿瘤可能。
11. 由于个体差异所致的其他放射性损害。
12. 食道、直肠、胆管等管内腔内后装导致粘膜损害、穿孔、出血。
13. 宫颈、阴道后装导致穿孔、阴道出血。
14. 组织间插植局部出血感染。
15. 后装邻近器官放射性膀胱炎、放射性肠炎。
16. 后装过程心率失常、心绞痛、心肌梗塞、心跳骤停休克；窒息、吸入性肺炎。
17. 其他不可预测因素导致的放疗性损害，如：

注意：以上情况均可对病人身心造成一定影响，或引起器官组织功能障碍，甚至危及生命，希望病人（或授权委托人、单位负责人）认真听取医生讲解、仔细阅读、慎重考虑，您如果已经明白医生讲解及上述内容，并承担以上风险，一旦出现上述情况能够充分理解，请在放疗知情同意书上签字。

**医生陈述：**

我已告知患者将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

## 特殊检查及治疗同意书

姓名：

登记号：

住院号：

检查操作者为

签署日期：2021年12月02日

### 患方明确意见：

我已逐条详细阅读以上告知内容并得到医师通俗、详细、具体、明确的解释，充分了解了该特殊检查/特殊治疗目的、可能发生的并发症及风险、替代医疗方案的种类及各方案的优缺点和可行性，我明确认同这些风险和替代方案，并愿意承担相应的医疗结果。经慎重考虑，同意（手写“我同意”或“我不同意”）进行上述特殊检查/特殊治疗。检查/治疗中产生的人体废弃物由医院处置（手写“由医院处置”或“自行处置”）。

患者签名：

或患者的监护人/委托代理人/近亲属签名：[患方签名]

与患者关系：[与患者关系]

签字时间：2021年12月02日

因抢救生命垂危的患者等紧急情况，且不能取得患者或其近亲属意见时，医疗机构负责人或授权的负责人签名： 签字时间：

姓名：		手术知情同意书		登记号：	
				住院号：	

姓名：	性别：	年龄：	住院号：	日期：	2021年10月19日
科室：	耳鼻喉科	床位：	诊断：	鼻腔鼻窦颅底恶性肿瘤（T4aN0Mx，IVa期）慢性鼻窦炎 鼻中隔偏曲 慢性鼻炎 鼻术后	

#### 疾病介绍和治疗建议：

医师已告知我患有鼻腔鼻窦颅底恶性肿瘤（T4aN0Mx，IVa期）慢性鼻窦炎 鼻中隔偏曲 慢性鼻炎 鼻术后，需要在全身麻醉下进行电磁导航辅助鼻内镜下左侧侧颅底肿瘤切除术+全筛切除术+下鼻甲部分切除术。

手术目的：1. 进一步明确诊断 2. 切除病灶（可疑癌变/癌变/功能亢进/其他） 3. 缓解症状

预期效果：1. 疾病诊断进一步明确

2. 疾病进展获得控制/部分控制/未控制

3. 症状完全缓解/部分缓解/未缓解

4. 肿瘤复发或者再发、远处转移等，术后需要肿瘤科进一步放化疗治疗，存在较高的复发风险，再次复发需行扩大切除术；6. 牙齿松动或麻木，舌麻木；7. 面部及口腔内感觉障碍，张口受限、咀嚼无力、咬合障碍等；8. 术腔感染，颅内感染，肺部感染等全身感染可能，术中及术后发生心脏栓塞、肺栓塞、脑血栓等心脑血管并发症甚至猝死，需相关科室治疗或转重症监护病房治疗，住院时间长，花费多；9. 术中术后输血治疗；10. 病变比邻泪囊、鼻泪管、眼眶，术后可能出现溢泪、眶周淤血、眶内血肿、感染、眼睑下垂、双视力下降或丧失、眼球运动障碍等。

存在的风险及对策：

（1）意外情况：

- 1) 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；
- 2) 呼吸并发症：气胸、支气管肺炎、肺不张、肺感染、胸腔积液等；
- 3) 心脏并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停；
- 4) 检查/术中、检查/术后大出血，眶周血肿，鼻中隔血肿，严重者可致休克，危及生命；
- 5) 术中因解剖位置及关系变异变更术式；
- 6) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如鼻中隔穿孔、硬脑膜损伤（致硬脑膜出血、脑脊液耳漏、颅内感染）；
- 7) 颅内并发症：硬脑膜外脓肿、脑膜炎、脑脊液鼻漏、海绵窦血栓、脑脓肿及脑血管意外；
- 8) 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合，瘘管及窦道形成；并发眶内蜂窝组织炎、鼻中隔脓肿；
- 9) 嗅觉障碍；
- 10) 鼻腔通气过度或继发性萎缩性鼻炎；
- 11) 术后鼻腔粘连，鼻中隔穿孔血肿、脓肿，鼻梁塌陷；
- 12) 术后溢泪，眶周淤血、眶内血肿，致眼球活动受限、复视、视力下降，甚至失明；
- 13) 病灶切除不全，或肿瘤残体存留；
- 14) 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞；
- 15) 多脏器功能衰竭（包括弥漫性血管内凝血）；
- 16) 诱发原有疾病恶化；
- 17) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符；

第1页

姓名：		手术知情同意书		登记号：	
				住院号：	

- 18) 再次检查/手术；
- 19) 因病灶或患者健康的原因，终止检查/手术；
- 20) 检查后仍有可能不能明确诊断或者排除有关情况；
- 21) 检查仍有误诊、漏诊可能；
- 22) 面部瘢痕或畸形；
- 23) 牙齿、面部麻木；
- 24) 唇龈切口瘻孔颊部血肿；

（2）如果患有高血压、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，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。



24) 唇龈切口瘻孔颊部血肿；

(2) 如果患有高血压、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，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

其他：1. 症状改善不满意。2. 长期换药、复查或用药。3. 鼻腔填塞材料、止血材料及颅底修补材料部分自费。

关于治疗的替代方案：1. 放弃治疗。2. 选择药物保守治疗。3. 放疗。4. 化疗。5. 观察。

医生已经将疾病的替代治疗方案向患者及家属详细交待，病人及家属充分知情后选择手术治疗方案。

**医生陈述：**

我已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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

手术者签名：	
签署日期：	2021年10月19日

**患方明确意见：**

我已逐条详细阅读以上告知内容并得到医师通俗、详细、具体、明确的解释，充分了解了术中或术后可能出现的并发症及手术风险、替代医疗方案的种类及各方案的优缺点和可行性，我明确认同这些风险和替代方案，并愿意承担相应的医疗结果。经慎重考虑，我同意（手写“我同意”或“我不同意”）进行上述手术。手术中产生的人体废弃物由医院处置（手写“由医院处置”或“自行处置”）。

患者签名：		与患者关系：	父子
或患者的监护人/委托代理人/近亲属签名：			
签署日期：		2021年10月19日	
因抢救生命垂危的患者等紧急情况，且不能取得患者或其近亲属意见时，医疗机构负责人或授权的负责人签名：      签字时间：			



入院病情：1. 有 2. 临床未确定 3. 情况不明 4. 无									
损伤、中毒的外部原因：-							疾病编码：-		
病理诊断：-									
疾病编码：- 病理号：-									
药物过敏：		1. 无 2. 有		过敏药物：		死亡患者尸检：		- 1. 是 2. 否	
ABO血型：		6		1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查		RH：		4 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查	
护理级别		1. 特级护理		0 天		2. I级护理		1 天	
						3. II级护理		0 天	
						4. III级护理		0 天	
科主任									
责任护士									
病案质量：		1		1. 甲 2. 乙 3. 丙		质控医师		期 2022年03月25日	

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术类型	手术及操作名称	手术及操作医师			麻醉方式	麻醉医师	切口愈合等级
					术者	I 助	II 助			
19137	2022年03月24日	二级		抗肿瘤免疫治疗	陆海军					
是否为日间手术：		2	1. 是 2. 否		有创呼吸机使用时间		0 天	0 小时	0 分钟	
临床路径：入径情况		1	1. 是 2. 否		完成情况		1	1. 完成 2. 退出		变异情况
		2	1. 有 2. 无							
重症监护病房类型				进重症监护室时间		出重症监护室时间		合计		
(CCU、RICU、SICU、NICU、PICU、EICU、MICU、其他)				(年月日时分)		(年月日时分)		(小时)		

(CCU、RICU、SICU、NICU、PICU、EICU、MICU、其他)	(年月日时分)	(年月日时分)	(小时)

**离院方式:** ☐ 1. 医嘱离院 2. 医嘱转院, 拟接收医疗机构名称: \_\_\_\_\_

3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院, 拟接收医疗机构名称: \_\_\_\_\_

4. 非医嘱离院 5. 死亡 9. 其他

**是否有出院31天内再住院计划:** ☐ 1. 无 2. 有, 目的: \_\_\_\_\_

**颅脑损伤患者昏迷时间:** 入院前 \_\_\_\_ 天 \_\_\_\_ 小时 \_\_\_\_ 分钟 入院后 \_\_\_\_ 天 \_\_\_\_ 小时 \_\_\_\_ 分钟

(凡可由医院信息系统提供住院费用清单的, 住院病案首页中可不填写“住院费用”)

**住院费用(元): 总费用** 2249.46 (自付金额: \_\_\_\_\_)

1. 综合医疗服务类: (1) 一般医疗服务费: 72.00 (2) 一般治疗操作费: 72.00 (3) 护理费: 45.00

(4) 其他费用: 0.00

2. 诊断类: (5) 病理诊断费: 0.00 (6) 实验室诊断费: 2011.60 (7) 影像学诊断费: 0.00

(8) 临床诊断项目费: 10.00

3. 治疗类: (9) 非手术治疗类项目费: 0.00 (临床物理治疗费 0.00 )

(10) 手术治疗费: 0.00 (麻醉费 0.00 手术费 0.00 )

4. 康复类: (11) 康复费: 0.00

5. 中医类: (12) 中医治疗费: 0.00

6. 西药类: (13) 西药费: 16.86

7. 中药类: (14) 中成药费: 0.00 (15) 中草药费: 0.00

8. 血液和血液类制品类: (16) 血费: 0.00 (17) 白蛋白类制品费: 0.00 (18) 球蛋白类制品费: 0.00

(19) 凝血因子类制品费: 0.00 (20) 细胞因子类制品费: 0.00

9. 耗材类: (21) 检查用一次性医用材料费: 0.00 (22) 治疗用一次性医用材料费: 18.00

(23) 手术用一次性医用材料费: 0.00

10. 其他类: (24) 其他费: 4.00

**输血品种:** (如血费>0,则以下项目必填, 没有的项目可填0) 红细胞 \_\_\_\_\_ 单位 血小板 \_\_\_\_\_ 治疗量

血浆 \_\_\_\_\_ ml 全血 \_\_\_\_\_ ml 自体血回输 \_\_\_\_\_ 单位 输血反应 ☐ 0 0.未输 1.有 2.无

[illegible]



入院病情：1. 有 2. 临床未确定 3. 情况不明 4. 无									
损伤、中毒的外部原因：-							疾病编码：		-
病理诊断：倾向低分化癌									
疾病编码：- 病理号：[REDACTED]									
药物过敏：		2	1. 无 2. 有 过敏药物：		碘造影剂		死亡患者尸检：		- 1. 是 2. 否
ABO血型：		1	1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查		RH：		2	1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查	
护理级别		1. 特级护理 0 天		2. I级护理 3 天		3. II级护理 7 天		4. III级护理 0 天	
科主任		[REDACTED]							
责任护士		[REDACTED]							
病案质量：		[REDACTED]							

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术类型	手术及操作名称	手术及操作医师			麻醉方式	麻醉医师	切口愈合等级
					术者	I 助	II 助			
-	2021年10月20日	四级	限期手术	辅助鼻内镜下左侧侧颅底肿	姜彦	于龙刚	张增滢	全身麻醉	黄辉	II / 甲
-	2021年10月20日	四级	限期手术	全筛切除术	姜彦	于龙刚	张增滢	全身麻醉	黄辉	II / 甲
-	2021年10月20日	三级	限期手术	下鼻甲部分切除术	姜彦	于龙刚	张增滢	全身麻醉	黄辉	II / 甲
-	2021年10月18日	一级	择期手术	电子纤维喉镜检查	许贞菊			局部麻醉	许贞菊	0
是否为日间手术：		2	1. 是 2. 否		有创呼吸机使用时间		0 天 0 小时 0 分钟			
临床路径：入径情况		1	1. 是 2. 否		完成情况		1 1. 完成 2. 退出	变异情况		2 1. 有 2. 无
重症监护病房类型				进重症监护室时间			出重症监护室时间		合计	
(CCU、RICU、SICU、NICU、PICU、EICU、MICU 等)				(年/月/日/时/分)			(年/月/日/时/分)		(小时)	

重症监护病房类型 (CCU、RICU、SICU、NICU、PICU、BICU、MICU、其他)	进重症监护室时间 (年月日时分)	出重症监护室时间	合计 (小时)
		(年月日时分)	

离院方式:  1. 医嘱离院 2. 医嘱转院, 拟接收医疗机构名称: \_\_\_\_\_  
 3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院, 拟接收医疗机构名称: \_\_\_\_\_  
 4. 非医嘱离院 5. 死亡 9. 其他

是否有出院31天内再住院计划:  1. 无 2. 有, 目的: \_\_\_\_\_

颅脑损伤患者昏迷时间: 入院前  天  小时  分钟 入院后  天  小时  分钟

(凡可由医院信息系统提供住院费用清单的, 住院病案首页中可不填写“住院费用”)

**住院费用(元): 总费用**  (自付金额: )

1. 综合医疗服务类: (1) 一般医疗服务费:  (2) 一般治疗操作费:  (3) 护理费:   
 (4) 其他费用:

2. 诊断类: (5) 病理诊断费:  (6) 实验室诊断费:  (7) 影像学诊断费:   
 (8) 临床诊断项目费:

3. 治疗类: (9) 非手术治疗类项目费:  (临床物理治疗费 )  
 (10) 手术治疗费:  (麻醉费  手术费 )

4. 康复类: (11) 康复费:

5. 中医类: (12) 中医治疗费:

6. 西药类: (13) 西药费:

7. 中药类: (14) 中成药费:  (15) 中草药费:

8. 血液和血液类制品类: (16) 血费:  (17) 白蛋白类制品费:  (18) 球蛋白类制品费:   
 (19) 凝血因子类制品费:  (20) 细胞因子类制品费:

9. 耗材类: (21) 检查用一次性医用材料费:  (22) 治疗用一次性医用材料费:   
 (23) 手术用一次性医用材料费:

10. 其他类: (24) 其他费:

姓名: [ ]		特殊药品使用同意书				登记号: [ ]	
						住院号: [ ]	
姓名: [ ]		年龄: [ ]		性别: 男			
科室: [ ] 肿瘤放疗科		床位: [ ]		诊断: [诊断]			

**疾病介绍和治疗建议:** 根据病情需要进行化学药物治疗。

化疗期间及化疗后又可能出现下列不良反应或并发症，包括：

- 1、骨髓造血及免疫功能抑制及其合并症，如血象低而致感染、贫血、出血。
- 2、消化系统反应，如剧烈恶心、呕吐、食欲下降、腹泻、肝功能损害,严重呕吐致胃黏膜出血。
- 3、粘膜及皮肤附属器反应，如粘膜溃疡、皮疹及脱发，色素沉着等。
- 4、泌尿系统反应，如尿痛、少尿等反应及高尿酸血症、肾功能损害等。
- 5、心血管系统反应，特别是蒽环类药物，表现为心慌、胸闷，重者可心衰而致死。
- 6、呼吸系统反应，如肺部纤维化、胸闷、憋气等。
- 7、因化疗肿瘤消退过快而致的各种痿道，如消化道穿孔、血管破裂等。
- 8、按常规注射化疗药物刺激引起的静脉炎、或由于患者活动引起的渗漏而致皮肤红肿热痛、坏死、溃烂及功能障碍等。
- 9、过敏反应，如皮疹，过敏性休克，过敏性哮喘等。
- 10、性功能障碍，不孕、不育，致畸，致癌等。
- 11、因医学及化疗自身局限性，也可能效果不佳；或第二肿瘤的发生。

、预后及疗效等时间。

9、过敏反应，如皮疹，过敏性休克，过敏性哮喘等。

10、性功能障碍，不孕、不育，致畸，致癌等。

11、因医学及化疗自身局限性，也可能效果不佳；或第二肿瘤的发生。

12、神经系统反应，如末梢神经炎，一过性或永久性视神经损伤，嗅觉味觉异常等。

13、其他不可预测性因素所导致的化疗性损伤等。

作为医护人员我们将努力减轻或避免上述副反应和并发症，力争取得最佳疗效。假如发生上述问题，患者及家属也表示理解。若同意化疗请签字。

#### 医生陈述：

我已告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

经治医师签名：

经治医师签字日期：

2021年10月18日

#### 患者知情选择：

医师已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。我同意将要进行治疗方式并同意在治疗中医师可以根据病情对预定的治疗方式作出调整。我并未得到治疗百分之百成功的许诺。

患者签名：

[患者签名]

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名：

与患者关系：

[与患者关系]

患者（家属）签名日期：

2021年10月18日

姓名：		[姓名]		登记号：	
				住院号：	

姓名：	[姓名]	性别：	男	年龄：	[年龄]	住院号：	[住院号]	入院日期：	[日期]
科室：	[科室]	肿瘤放疗科	床位：	[床位]	诊断：	[诊断]			

疾病介绍和治疗建议：

患者当前临床情况以及拟定放疗简介：

操作潜在风险和对策：

根据目前病情，病人需要进行放射治疗：由于放射治疗可能出现意外及并发症，严重时危及病人生命导致死亡，希望病人与或家属认真听取医生讲解后仔细阅读以下内容，知晓放疗中或结束后某些病人可能发生的副作用或并发症（症状出现时间可能不同，个别情况会长期存在，甚至伴随终生），详情如下：

1. 免疫力低下：出现骨髓抑制，白细胞、红细胞、血小板下降。
2. 放射性皮肤反应：色素沉着、破溃、皮下纤维化和脱发；放射性骨、骨髓及关节损伤。
3. 放射性粘膜炎：涉及照射区胃肠道、呼吸道、泌尿道和口腔等部位粘膜。
4. 放射性白内障、角膜炎，放射性耳鸣、耳聋；放射性龋齿；张口困难。
5. 放射性脑损伤：脑水肿、脑坏死、智力障碍、记忆力下降、癫痫发作、性格改变及运动感觉障碍。
6. 放射致腺体和生殖功能下降或丧失，以及相关症状。
7. 放射性心血管损害：心包炎、心肌炎、心律失常、放射性血管淋巴管损伤，将致肢体或组织水肿，功能障碍。



7. 放射性心血管损害：心包炎、心肌炎、心律失常、放射性血管淋巴管损伤，将致肢体或组织水肿，功能障碍。
8. 放射性脊髓炎；放射性肺炎、肺纤维化；放射性肝脏损伤；放射性肾炎、放射性膀胱炎。
9. 胃肠道反应：恶心、呕吐、出血；应激溃疡；肿瘤消退过快致瘘或穿孔；放射性肠炎、肠梗阻、肠粘连、坏死。
10. 疗效不佳；导致第二原发肿瘤可能。
11. 由于个体差异所致的其他放射性损害。
12. 食道、直肠、胆管等管内腔内后装导致粘膜损害、穿孔、出血。
13. 宫颈、阴道后装导致穿孔、阴道出血。
14. 组织间插植局部出血感染。
15. 后装邻近器官放射性膀胱炎、放射性肠炎。
16. 后装过程心率失常、心绞痛、心肌梗塞、心跳骤停休克；窒息、吸入性肺炎。
17. 其他不可预测因素导致的放疗性损害，如：

注意：以上情况均可对病人身心造成一定影响，或引起器官组织功能障碍，甚至危及生命，希望病人（或授权委托人、单位负责人）认真听取医生讲解、仔细阅读、慎重考虑，您如果已经明白医生讲解及上述内容，并承担以上风险，一旦出现上述情况能够充分理解，请在放疗知情同意书上签字。

#### 医生陈述：

我已告知患者将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

检查操作者为	经治医师签名：
	签署日期：2021年10月18日

### 患方明确意见：

我已逐条详细阅读以上告知内容并得到医师通俗、详细、具体、明确的解释，充分了解了该特殊检查/特殊治疗目的、可能发生的并发症及风险、替代医疗方案的种类及各方案的优缺点和可行性，我明确认同这些风险和替代方案，并愿意承担相应的医疗结果。经慎重考虑，同意（手写“我同意”或“我不同意”）进行上述特殊检查/特殊治疗。检查/治疗中产生的人体废弃物由医院处理（手写“由医院处置”或“自行处置”）。

患者签名：			
或患者的监护人/委托代理人/近亲属签名：	[患方签名]	与患者关系：	[与患者关系]
		签字时间：	2021年10月18日
因抢救生命垂危的患者等紧急情况，且不能取得患者或其近亲属意见时，医疗机构负责人或授权的负责人签名：                      签字时间：			

姓名: [REDACTED]		手术知情同意书		登记号: [REDACTED]	
				住院号: [REDACTED]	

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: [REDACTED]	住院号: [REDACTED]	日期: 2021年08月04日
科室: [REDACTED] 耳鼻喉科	床位: [REDACTED]	诊断: 鼻窦颅底恶性肿瘤 (左, cT4 N0M0, IV期)		

### 疾病介绍和治疗建议:

医师已告知我患有鼻窦颅底恶性肿瘤 (左, cT4bN0M0, IV期), 需要在全身麻醉下进行电磁导航辅助鼻内镜下左侧鼻窦、眼眶、颅底肿瘤探查切除术+鼻窦开放术+鼻甲成形术+颅底重建术, 备大腿阔筋膜颅底修补术。

手术目的: 1. 进一步明确诊断 2. 切除病灶 (可疑癌变/癌变/功能亢进/其他) 3. 缓解症状

预期效果: 1. 疾病诊断进一步明确

2. 疾病进展获得控制/部分控制/未控制

3. 症状完全缓解/部分缓解/未缓解

4. 术中或者术后根据病理类型改变手术方案, 术后需定期复查换药, 规律性喷鼻药物治疗; 5. 肿瘤复发或者再发、远处转移等, 术后需要肿瘤科进一步放化疗治疗, 存在较高的复发风险, 再次复发需行扩大切除术; 6. 牙齿松动或麻木, 舌麻木; 7. 面部及口腔内感觉障碍, 张口受限、咀嚼无力、咬合障碍等; 8. 病变可能包绕重要神经, 术后可能出现神经功能障碍, 包括第2-6、9-12组颅神经功能麻痹, 头痛、伸舌、吞咽、咽部感觉障碍, 声嘶、反复呛咳致肺部感染等, 颜面部知觉或腺体分泌障碍等; 9. 术后咽鼓管功能障碍, 需要鼓室穿刺或置管治疗; 10. 因病变位置深在、广泛, 比邻双侧颈内动脉并破坏颈动脉管骨质、血管裸露, 术中术后可能出现严重致命性大出血等, 暂停手术治疗, 或急诊介入血管栓

坏颈动脉管骨质、血管裸露，术中术后可能出现严重致命性大出血等，暂停手术治疗，或急诊介入血管栓塞治疗，术后出现偏瘫、失语等症状，或大出血抢救无效死亡，术中可能仅姑息切除肿瘤，术后残留；11. 术腔感染，颅内感染，肺部感染等全身感染可能，术中及术后发生心脏栓塞、肺栓塞、脑血栓等心脑血管并发症甚至猝死，需相关科室治疗或转重症监护病房治疗，住院时间长，花费多；12. 病变累及颅底、斜坡骨质，术中术后可能出现脑脊液鼻漏、耳漏，颅内感染、化脓性脑膜炎、海绵窦血栓性静脉炎等，术中进行颅底重建、脑脊液漏、手术修补不成功或再次出现漏现象，必要时需二次或多次手术修补，必要时行开颅手术；13. 术中术后输血治疗；14. 咽痛、咽干不适，术后呼吸困难，需要转重症监护病房治疗，甚至行气管切开术。15. 病变侵犯眶内，术后可能出现眶周淤血、眶内血肿、感染、眼睑下垂、视力下降或丧失、眼球运动障碍、复视、斜视、外形改变等。

存在的风险及对策：

（1）意外情况：

- 1) 麻醉并发症，严重者可致休克，危及生命；
- 2) 呼吸并发症：气胸、支气管肺炎、肺不张、肺感染、胸腔积液等；
- 3) 心脏并发症：心律失常、心肌梗死、心衰、心跳骤停；
- 4) 检查/术中、检查/术后大出血，眶周血肿，鼻中隔血肿，严重者可致休克，危及生命；
- 5) 术中因解剖位置及关系变异变更术式；
- 6) 术中损伤神经、血管及邻近器官，如鼻中隔穿孔、硬脑膜损伤（致硬脑膜出血、脑脊液耳漏、颅内感染）；
- 7) 颅内并发症：硬脑膜外脓肿、脑膜炎、脑脊液鼻漏、海绵窦血栓、脑脓肿及脑血管意外；
- 8) 伤口并发症：出血、血肿、浆液肿、感染、裂开、不愈合，瘘管及窦道形成；并发眶内蜂窝组织炎、鼻中隔脓肿；
- 9) 嗅觉障碍；



- 10) 鼻腔通气过度或继发性萎缩性鼻炎；
- 11) 术后鼻腔粘连，鼻中隔穿孔血肿、脓肿，鼻梁塌陷；
- 12) 术后溢泪，眶周淤血、眶内血肿，致眼球活动受限、复视、视力下降，甚至失明；
- 13) 病灶切除不全，或肿瘤残体存留；
- 14) 血栓性静脉炎，以致肺栓塞、脑栓塞；
- 15) 多脏器功能衰竭（包括弥漫性血管内凝血）；
- 16) 诱发原有疾病恶化；
- 17) 术后病理报告与术中快速病理检查结果不符；
- 18) 再次检查/手术；
- 19) 因病灶或患者健康的原因，终止检查/手术；
- 20) 检查后仍有可能不能明确诊断或者排除有关情况；
- 21) 检查仍有误诊、漏诊可能；
- 22) 面部瘢痕或畸形；
- 23) 牙齿、面部麻木；
- 24) 唇龈切口瘻孔颊部血肿；

（2）如果患有高血压、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，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

其他：1. 症状改善不满意。2. 长期换药、复查或用药。 3. 鼻腔填塞材料、止血材料及颅底修补材料部分自费。

关于治疗的替代方案：1放弃治疗。2选择药物保守治疗。3放疗。4 化疗。5观察。

医生已经将疾病的替代治疗方案向患者及家属详细交待，病人及家属充分知情后选择手术治疗方案。

#### 医生陈述：

我已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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

	手术者签名：[REDACTED]
	签署日期：2021年08月05日



## 患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根据病情对预定的手术方式作出调整。我授权医师对手术切除的病变器官、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。我理解我的手术需要多位医师共同进行。我并未得到手术百分之百成功的许诺。

	患者签名：		
授权委托人或法定监护人签名：		与患者关系：	夫妻
	签署日期：	2021年08月05日	



入院病情：1. 有 2. 临床未确定 3. 情况不明 4. 无		
出院情况：治愈		
损伤、中毒的外部原因：-		疾病编码：-
病理诊断：5信号合格3、检测结果: 本片中约8%肿瘤细胞内		
病理编码：-		病理号：[REDACTED]
药物过敏：	<input type="checkbox"/> 1. 无 2. 有 过敏药物：-	死亡患者尸检： <input type="checkbox"/> 1. 是 2. 否
ABO血型：	<input type="checkbox"/> 6 1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查	RH型： <input type="checkbox"/> 4 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查
科主任：	[REDACTED]	
责任护士：		
病案质里：		

手术及操作编码	手术及操作日期	手术级别	手术及操作名称	手术及操作医师			麻醉方式	麻醉医师	切口愈合等级
				术者	I 助	II 助			
	2021年08月06日	四级	导航辅助鼻内镜下左侧前颅底肿瘤切除术	姜彦	于龙刚	张志勇	全身麻醉	刘爱杰	II / 甲
	2021年08月06日	四级	眶内肿瘤切除术	姜彦	于龙刚	张志勇	全身麻醉	刘爱杰	II / 甲
	2021年08月06日	四级	全筛切除术	姜彦	于龙刚	张志勇	全身麻醉	刘爱杰	II / 甲
	2021年08月06日	四级	颅底重建术	姜彦	于龙刚	张志勇	全身麻醉	刘爱杰	II / 甲
	2021年08月06日	四级	额窦开放术	姜彦	于龙刚	张志勇	全身麻醉	刘爱杰	II / 甲
9619	2021年08月04日	一级	纤维喉镜检查	李霞峰			局部麻醉	李霞峰	0
离院方式： <input type="checkbox"/> 1. 医嘱离院 2. 医嘱转院，拟接收医疗机构名称：_____									
3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院，拟接收医疗机构名称：_____									
4. 非医嘱离院 5. 死亡 9. 其他 _____									
是否有出院31天内再住院计划： <input type="checkbox"/> 1. 无 2. 有，目的：_____									
颅脑损伤患者昏迷时间：入院前 <input type="text"/> 天 <input type="text"/> 小时 <input type="text"/> 分钟 入院后 <input type="text"/> 天 <input type="text"/> 小时 <input type="text"/> 分钟									

离院方式:  1. 医嘱离院 2. 医嘱转院, 拟接收医疗机构名称: \_\_\_\_\_  
3. 医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院, 拟接收医疗机构名称: \_\_\_\_\_  
4. 非医嘱离院 5. 死亡 9. 其他

是否有出院31天内再住院计划:  1. 无 2. 有, 目的: \_\_\_\_\_

颅脑损伤患者昏迷时间: 入院前  天  小时  分钟 入院后  天  小时  分钟

住院费用(元): 总费用  (自付金额: \_\_\_\_\_)

1. 综合医疗服务类: (1) 一般医疗服务费:  (2) 一般治疗操作费:  (3) 护理费:

(4) 其他费用:

2. 诊断类: (5) 病理诊断费:  (6) 实验室诊断费:  (7) 影像学诊断费:

(8) 临床诊断项目费:

3. 治疗类: (9) 非手术治疗类项目费:

(10) 手术治疗费:

4. 康复类: (11) 康复费:

5. 中医类: (12) 中医治疗费:

6. 西药类: (13) 西药费:

7. 中药类: (14) 中成药费:  (15) 中草药费:

8. 血液和血液类制品类: (16) 血费:  (17) 白蛋白类制品费:  (18) 球蛋白

类制品费:

(19) 凝血因子类制品费:  (20) 细胞因子类制品费:

9. 耗材类: (21) 检查用一次性医用材料费:  (22) 治疗用一次性医用材料费:

(23) 手术用一次性医用材料费:

10. 其他费用: