姓名:	特殊药品使用同意书	登记号: 住院号:
姓名:	在龄: 性别: 男 放疗科 床位: 诊断: 恶性肿瘤	<b>放射治疗</b>

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瘘道,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。

- (、囚化打) 肿溜 相 退 过 伏 川 致 的 奋 忡 痿 坦 , 如 相 化 坦 牙 孔 、 皿 官 做 殺 寺 。
- 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的治疗方式、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: 2021年12月02日 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的治疗方式、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。我同意将要进行的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	或法定监护人签名:	[患方签名]
与是	患者关系:	[与患者关系]	患者(家属)签名日期:	2021年12月02日

		特殊药品使	用同意书	登记号:	
姓名:			C/ 14   412	住院号:	
j	姓名:	年龄:	性别: 男		
	科室: 岬肿瘤	菌放疗科 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瘘道,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的治疗方式、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的治疗方式、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。我同意将要进行的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:	<b>3</b>
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

						57%	\ <del>-</del>		<b></b>
姓名:		特殊	检查/	及治疗	可意书	J	记号: 院号:		
姓名:	性别:		年龄:	住院号:		入院		2021年12月02日	
科室:	肿瘤放疗科		床位:		诊断:	恶性月	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,严重时可以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; 肿瘤消退过快致痿或穿孔; 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。

第1页

姓名:	特殊检查	查及治	疗同意	計	登记号: 住院号:		
检查操作者为		签署日期: 2	021年12月02	Н			
患方明确意见: 我已逐条详细阅读 /特殊治疗目的、可能为 同这些风险和替代方案 "我不同意")进行上 医院处置"或"自行处	发生的并发症及风 民,并愿意承担相 述特殊检查/特殊	险、替代医疗 应的医疗结员	方案的种类 果。经慎重考	及各方案 ;虑,	的优缺点。	和可行性, (手写" <b></b>	,我明确认 我同意"或
或患者的监护人/委		:者签名: 属签名: L	思方签名」	与患	者关系:	[与患者弁	长系]
因抢救生命垂危的	患者等紧急情况,	日不能取得	患者或其近亲		字时间: †, 医疗机		*

签字时间:

责人签名:

					_
姓名:		手术知情	同意书	登记号: 住院号:	
姓名:  科室:	耳鼻喉科	男 年龄: 6	诊断:	ı	月19日 肿瘤(T4aNOMx,IVa 鼻中隔偏曲 慢性鼻

#### 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(T4aNOMx,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;
- 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

手术知情同意书	登记号: 在院号:

- 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) 唇龈切口瘘孔颊部血肿;

- 24) 唇龈切口瘘孔颊部血肿;
- (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:

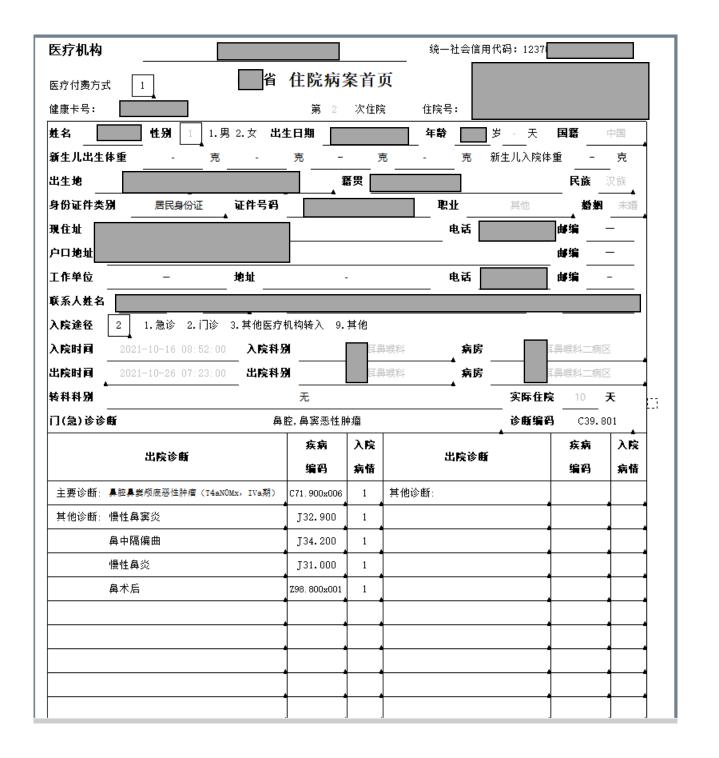
我己逐条详细阅读以上告知内容并得到医师通俗	6、详细、具体、明确的解释,
充分了解了术中或术后可能出现的并发症及手术风险	会、替代医疗方案的种类及各方
案的优缺点和可行性, 我明确认同这些风险和替代方	方案,并愿意承担相应的医疗结
果。经慎重考虑,(手写"我同意"	<b>或"我不同意"</b> )进行上述手
术。手术中产生的人体废弃物(手写"由	医院处置"或"自行处
置")。	
患者签名	
或患者的监护人/委托代理人/近亲属签	与患者关系: 父子
名:	
签署日期:	2021年10月19日
因抢救生命垂危的患者等紧急情况,且不能取得患者或其近亲	属意见时,医疗机构负责人或授权的负
责人签名: 签字时间:	

医疗机构						统一社	会信用作	码: 123		
医疗付费方式	±, 1	山东省	住院病	案首	页					
健康卡号:			第	次住院	<del></del>	住院号:				
姓名	性别 1	1.男 2.女 出3				年齡	<u> </u>	- 天	<b>国籍</b>	中国
——— 新生儿出生	<del>────</del>	· 克 -	<u>——</u> 克 -	3	<del></del> _ 克	-	<b>克</b> 新	—— f生儿入院体重	<u> </u>	克
出生地									民族	汉族
— 身份证件类	<del></del>					脂和	:	其他	- 婚姻	未婚
現住址 📗							.话		邮编	
户口地址									邮编	_
工作单位	_	地址		-		<b>#</b>	.话 📗		邮编	
联系人姓名										
入院途径	2 1.急诊 2.1	门诊 3.其他医疗	机构转入 9.	其他						
入院时间	2022-03-24 09:4	.7:00 <b>入院科另</b> ———	*	肿瘤	放疗科		病房 —	月中羽	<b>歯放疗科病</b>	×
出院时间	2022-03-25 07:1	7:00 出院科男 		肿瘤	放疗科		病房 —		a放疗科病	×
转科科别			无					实际住院 -	1	<b>天</b>
门(急)诊诊	<b>断</b>	<u></u>	控,鼻窦恶性刖 T	I				◇断编码	C39.8	<del></del>
	出院诊断		疾病	入院		出	院诊断		疾病	入院
\\			编码	病情	44.00.00	abor <sup>a</sup>			编码	病情
	恶性肿瘤免疫治疗	T. 1 110110 TIP #P	Z51.800x095	1	其他诊	断:		-		4 4
其他诊断:	鼻腔, 鼻窦恶性肿瘤r	pT4bNUMU IVb共f	C39.801	1				-		4
			-	<u> </u>	-			+		4 4
			-	ļ				+		+ +
			-	<u> </u>				+		+ +
		•	•	<u> </u>	1			-		4
			•	<u> </u>	-			+		4 4
			<del>                                     </del>	<u> </u>	+			+		4 4
		•	-	<u> </u>				+		+ +
			•	<del>                                     </del>	+			+		+ +

																]	
						•										1	
入院病情::	1. ≢	<b>7. 临床未</b>	确定	3. 🛱	。 記不明	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	1. 无 2. 有 这	<b>敏药</b>	物:			-			•		死亡患	者尸	检:	_	1. 是	2.否
ABO血型:	6	1.A 2.B	3.0	4. AB	5.不证	羊 6.未查	]	RH:	4		1.阴	2.阳	3.7	详	4. 未	查	
护理级别	1.	特级护理	0	天	2. I级护	理 1	天	3. I	1级技	- 户理	0	天	4. I	II級打	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	₹03月	25日

手术及操	手术及操作日期	手术	手术	<b>=</b> C-	术及操作名	, 10 <sub>2</sub>	手术	及操作	医师	m	離方:		医师	切口食
手术及操 作编码	<b>于小及保证</b> 日期	级别	类型	4	T∧ZE∓TF4°	1 Mr	术者	I助	п助	] <b>/#</b>	"肝力	八肝肝	达邦	合等级
19137	2022年03月24日	二级		抗	肿瘤免疫治	疗	陆海军							
		ļ										_		
		ļ	-						ļ			_		
4		ļ	4				-		ļ			_		
		ļ												
是否为日	<b>闰手术:</b> 2	1.	是 2.否		有创呼	吸机使	用时间	(	) 7	Ę	0	小时 0	分	钟
临床路径	: 入径情况	1	1.是 2.否	i 5	完成情况	1 1	. 完成 2	2. 退出	变异帕	青况	2	1. 有	2. 无	
	重症监护病员	类型			进重	症监护	室时间		出重	症监	护室田		į	≙计
(CCU. R	ICU. SICU. NICU. PIO	U. BICU	、MICU、其他	<u>6</u> )	(	年月日時	付分)		(	年月[	]时分	)	(4	(时)

(CCU. RICU. SICU. NICU. PICU. BICU. MICU.	其他) (	年月日时分)	(年月日	时分)	(小时)
	1				
	1				
<b>語院方式</b> : 1. 医嘱离院	——— <u>』</u> : 2. 医嘱转院,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					
				1.51	
<b>桑脑损伤患者昏迷时间:</b> 入院前 - ——	大 - 小时 -	- 分钟 <i>/</i> —	、院后 - 大 —— -		- 分钟 ——
		 「填写"住院费用")			
<b>: 院费用(元): 总费用</b> 2249.	46 (自付金)	额:		)	
- <b>综合医疗服务类</b> : (1) 一般医疗服务费:	72.00 (2)	一般治疗操作费:	72.00	 (3)护理费 <b>:</b>	45.00
(4) 其他费用: 0.00					
	(6)实验室诊断到	费: 2011.60	(7) 影像学i	<b>诊断费:</b>	0.00
. 诊断类: (5)病理诊断费: 0.00	(6)实验室诊断§ — 0.00	费: 2011.60	(7)影像学i -	诊断 <b>费:</b> ──	0.00
. 诊断类: (5)病理诊断费: 0.00 (8) 临床诊断项目费: 1	0.00		-		0.00
(8) 临床诊断项目费: 0.00 (8) 临床诊断项目费: 1	0.00	(临床物理治疗费	0.00		0.00
(8) 临床诊断项目费: 0.00 (8) 临床诊断项目费: 1 .治疗类: (9) 非手术治疗类项目费: (10) 手术治疗费: 0.00	0.00	(临床物理治疗费	0.00		0.00
. 诊断类: (5) 病理诊断费: 0.00 (8) 临床诊断项目费: 1 . 治疗类: (9) 非手术治疗类项目费: (10) 手术治疗费: 0.00 . 康复类: (11) 康复费: 0.00	0.00 0.00 0.00	(临床物理治疗费	0.00		0.00
. 诊断类: (5)病理诊断费: 0.00 (8)临床诊断项目费: 1 . 治疗类: (9)非手术治疗类项目费: (10)手术治疗费: 0.00 . 康复类: (11)康复费: 0.00 . 中医类: (12)中医治疗费:	0.00 0.00 0.00	(临床物理治疗费	0.00		0.00
(8) 临床诊断项目费: 0.00 (8) 临床诊断项目费: 1 - 治疗类: (9) 非手术治疗类项目费: (10) 手术治疗费: 0.00 - 康复类: (11) 康复费: 0.00 - 中医类: (12) 中医治疗费: 16.86	0.00 (麻醉费 0.00	(临床物理治疗费) 手术费	0.00		0.00
(8) 临床诊断项目费: 0.00 (8) 临床诊断项目费: 1 - 治疗类: (9) 非手术治疗类项目费: (10) 手术治疗费: 0.00 - 康复类: (11) 康复费: 0.00 - 中医类: (12) 中医治疗费: 16.86 - 中药类: (14) 中成药费: (14)	0.00 (麻酔费 0.00 - 0.00 - 0.00 (15) 中国	(临床物理治疗费 手术费 草药费: 0	0.00	)	
. 诊断类: (5)病理诊断费: 0.00 (8)临床诊断项目费: 1 . 治疗类: (9)非手术治疗类项目费: (10)手术治疗费: 0.00 . 康复类: (11)康复费: 0.00 . 中医类: (12)中医治疗费:	0.00 (麻醉费 0.00 - 0.00 - 0.00 (15) 中草	(临床物理治疗费 ) 手术费 章药费: 0 (白类制品费: 0	0.00 ; 0.00 <b>)</b> .00 (18) 球蛋白	)	
. 诊断类: (5)病理诊断费: 0.00 (8)临床诊断项目费: 1 . 治疗类: (9)非手术治疗类项目费: (10)手术治疗费: 0.00 . 康复类: (11)康复费: 0.00 . 中医类: (12)中医治疗费: . 西药类: (13)西药费: 16.86 . 中药类: (14)中成药费: (16)血费: (19)凝血因子类制品费: 0.00	0.00 (麻醉费 0.00 - 0.00 - 0.00 (15)中草 0.00 (17)白蛋	(临床物理治疗费) 手术费 章药费: 0 百类制品费: 0 因子类制品费: 0	0.00 0.00 ) .00 (18) 球蛋白	)	0.00
(4) 其他费用: 0.00  (8) 临床诊断项目费: 0.00  (8) 临床诊断项目费: 1  . 治疗类: (9) 非手术治疗类项目费: (10) 手术治疗费: 0.00  . 康复类: (11) 康复费: 0.00  . 中医类: (12) 中医治疗费: 16.86  . 中药类: (14) 中成药费: 16.86  . 中药类: (14) 中成药费: (16) 血费: (19) 凝血因子类制品费: 0.00  . 耗材类: (21) 检查用一次性医用材料费: (23) 手术用一次性医用材料费:	0.00 (麻醉费 0.00 0.00 0.00 (15)中草 0.00 (17)白蛋 (20)细胞	(临床物理治疗费) 手术费 章药费: 0 百类制品费: 0 因子类制品费: 0	0.00 0.00 ) .00 (18) 球蛋白	)	0.00



																		]	
																		]	
入院病情: 1.	. ≢	1 2. 临	床未確	角定	3. ¶	- 情况不明	4.	无								_			
损伤、中毒的	<b>ዓ</b> ቃ፥	多原因:							-							疾症	编码	:	-
病理诊断:			倾向·	低分化	と癌													•	
疾病编码:		-						٠.				折	海理号:						
药物过敏:	2	1.无 2.	有 过	<b>敏药</b>	<b>为</b> :			ă	典造影落	i]		•		死亡患	者尸	检:	-	1. 是	2.否
ABO血型:	1	1. A	2.B	3.0	4. AB	5. 不	洋 6.	. 未查	]	RH:	2		1.阴	2.阳	3.7	「详	4. 未	查	
护理级别	1.	特级护理		0	天	2. I级抽	理	3	天	3. 1	 [I級排	户理	7	天	4. I	II级:	护理	0	天
科主任 -																			
责任护士																			
病案质量:		,	<u>.</u>		×11.12	<i>,</i>	, ,	٠.,	, wh	,	9	-	A 100	, wil	н.м		2021	1073	год

手术及操 作编码	手术及操作日期	手术	手术	<b>=</b> E -	术及操作名称	手术	及操作	医师	- 麻酔方式	麻酔医師	切口愈
作编码	于小及保作口别	级别	类型	<b>+</b>	<b>个反保作石桥</b>	术者	I助	п助	拼肝力式		合等级
-	2021年10月20日	四级	限期手术	補助鼻P	内镜下左侧侧颅底肿	姜彦	于龙刚	张增潇	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	张增潇	全身麻酔	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	张增潇	全身麻酔	黄辉	II/甲
-	2021年10月18日	一级		电	子纤维喉镜检查	许贞菊			局部麻酔	许贞菊	0
					-						
					-						
- 是否为日i	<b>闰手术:</b> 2	1.	是 2.否		有创呼吸机使	用时间	(	) <del>j</del>	E 0 小时	0 分	钟
临床路径	: 入径情况	1	1.是 2.	否 3	完成情况 1 1	. 完成 2	2. 退出	变异情	<b>有况</b> 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	ř	≙计
(CCII R	TOU STOU NIOU PIO	II RICII	мтен 1	註46)	(年日日末	t4>1		(	午日日 (1)	- //	kady

	重症监	护病房类	型			进	重症监护	室时间		出重	<b>を</b> 症监	护室	时间		合计
(CCU. RI	CU. SICU. NIC	U. PICU.	BICU. MI	CU、其他	<u> </u>		(年月日日	付分)			(年月日	时分	)		(小时)
					Ī										
离院方式:	1	1	<ul><li>医嘱</li></ul>	高院 2	. 医嘱	转院,	以接收医	疗机构名科	ቹ <b>፡</b>						
	——▲ 医嘱转社区卫														
	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		1. 无	2.有,	目的:								
坏贮提步中	*****	l- 3		<b>-</b>		J. n-∔	o /\d		2 00-1	= .		_	.l. n <b>.</b>		/\ E#
<b>澳购</b> 坝伪总	3.者昏迷时间	• //	P元 則 U ——			- \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	U 7514	F#	八門元)	= ∪ —	- -		小山		分钟 -
(凡可由医	院信息系统提	供住院费	用清单的	勺,住院	病案首	有页中可	不填写"	住院费用	")						
住院费用(	(元):总费	用	2665	59.43		(自付金	<b>È额:</b>					)			
1. 综合医疗	方服务类: (1	) 一般医	疗服务费	2 :	850.	00 (2	)一般治	疗操作 <b>费:</b>		397.28		(3)	护理费	<b>∄:</b>	345.00
(4) 其他剪	隻用:	35.00									_				
2. 诊断类:	(5) 病理诊	逝费:	250.0	0 (	6)实	验室诊断	<b>i费:</b>	1554.6	0	(7) 5	影像学	诊断:	费:	4540	.00
(8) 临床设	诊断项目费:	-		3660.8	0								_		
3. 治疗类:	(9) 非手术	治疗类项	目费:		20.00	)	(临床	物理治疗	费	0.00		)			
(10) 手术	治疗费:	9666.00	0	(弟	费額	248	6.00	手术费	718	30.00	)				
4. 康复类:	(11) 康复	费:	0.00												
5. 中医类:	(12) 中医	治疗费:		0.0	0										
6. 西药类:	(13) 西药	费:	1722.7	73											
7. 中药类:	(14) 中成	药费:		14.80		(15) 🛱	草药费:		0.00						
8. 血液和血	1.液类制品类	: (16)血	费:	0.	00	(17)白	蛋白类制	品费:	0.00	(18)	球蛋白	自类制	品费:		0.00
(19) 凝血	因子类制品费	<b>∌:</b>	0.00		()	20) 細胞	四子类制	別品费:		0.0	0				
o tf-H-th	(21) 检查	用一次性質	医用材料:	费:		0.	00	(22) 消	- - - - - - -	-次性图	E用材	料费:		17	5.12
9. 杭州美:													_		

	特殊药品使用同意书	登记号:	
姓名:		住院号:	
姓名:	年龄: 性别: 男		
科室: 肿瘤	京放疗科 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瘘道,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。

- 1. 1次/2/次/配字的可。
- 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的治疗方式、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的治疗方式、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。我同意将要进行的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。

1			患者签名:	[患者签名]
1	如果患者无法签署	,请其授权委托人或法定	官监护人签名:	
1	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:		特殊检查	及治疗同	意书 登记号 住院号	
姓名:	性别:	i T	住院号:	入院日期: 断: [诊断]	[日期]

# 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,严重时可以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;肿瘤消退过快致痿或穿孔;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	4、明确的解释, 充	分了解了该特殊检查
	能发生的并发症及风险、替代图			
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	惠,周表(手	写"我同意"或"我
不同意")进行上述 置"或"自行处置"	特殊检查/特殊治疗。检查/治 )。	疗中产生的人包	本废弃物 <sup>\$18624_\$</sup> _	(手写"由医院处
	th 40 Mr. L		·r	·
	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	得患者或其近新	<b>亲属意见时,医疗机</b>	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:
,姓名: 科室:	性别: 男 耳鼻喉科	年龄: 住院号: 诊断:	日期: 2021年08月04日 鼻窦颅底恶性肿瘤(左,cT4 NOMO, 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) 唇龈切口瘘孔颊部血肿:
- (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:

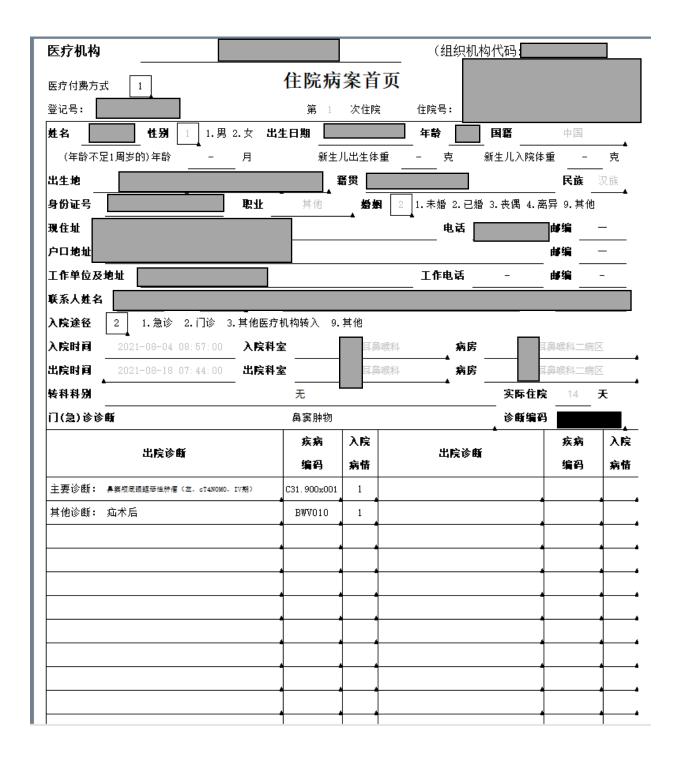
医师已经告知我将要进行的手术方式、此次手术及手术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他 治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。我同意将要进行的手术方式并同意在手术中医师可以根

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. 🔻	ŧ	_							_
出院情况:		治愈	Ĩ.													
损伤、中毒	的外	部原因:							-				疾病	病编码:	-	_
病理诊断:	5信문	合格3、	检测结	果:本片	中约8	%肿瘤细脂	內									
病理编码:		-					_				病理号	-				•
药物过敏:	1	1.无 2	有过	<b>敏药</b>	<b>7</b> :			_	-		•	死亡患者	尸检:	_	1.是 2.7	K I
ABO血型:	6	1. /	A 2.B	3.0	4. AB	5. 不详	6.未	查	RH型:	4	1.阴	2.阳 3	. 不详	4. 未登	<u> </u>	_
科主任:																
责任护士:																
病案质量:																

手术及操	T-12 72 75 72 180	手术	T 12 72 12 84 14 14	手术	及操作	医师	2.22.r	~ EX ET	切口愈
作编码	手术及操作日期	级别	手术及操作名称	术者	I助	п助	<b>庰酔方式</b>	麻酔医师	合等级
	2021年08月06日	四级	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	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	李霭峰			局部麻酔	李霭峰	0
<b>密院方式</b> :	1	1. 医	嘱离院 2. 医嘱转院,拟接收医	· う机构名	3称:		-	•	•
3.	医嘱转社区卫生服务	5机构/多	>镇卫生院,拟接收医疗机构名称:						
	4. 非医嘱离院	5. 3	死亡 9. 其他						
是否有出際	完31天内再住院计划:		1 1.无 2.有,目的:						
颅脑损伤	患者昏迷时间:	入院前	0 天 0 小时 0 分	<b>‡</b>	入院	后_0	天 _0 小	d	分钟

3. 医嘱转社区卫生								
			9. 其他					
是否有出院31天内再住院计	划: 1	1. 无	2.有,目的:					
<b>颅脑损伤患者昏迷时间</b> :	入院前 0	天 _0	小时 0 3	分钟	入院后 0	天 _0	小时 0	分钟 -
住院费用(元): 总费用	42822.	78	(自付金额:			)		
. 综合医疗服务类: (1)-	一般医疗服务费:	11	— 62.00 (2) —般	台疗操作费:	1240.20	(3)	护理费:	585.00
(4) 其他费用: 10	5.00							
. <b>诊断类:</b> (5)病理诊断]	费: 200.00	(6)	实验室诊断费:	1899.60	(7) 景	(像学诊断)	费: 305	2.00
(8) 临床诊断项目费:	43	20.20			_			
(0) 個外多數與自要:	43	520.38						
			0.00					
. 治疗类: (9) 非手术治;			0.00					
·治疗类: (9) 非手术治 (10) 手术治疗费: 1 (10) 集复类: (11) 康复费:	疗类项目费: - 3358.00		0.00					
·治疗类: (9) 非手术治; (10) 手术治疗费:	疗类项目费: 	514	0.00					
. 治疗类: (9) 非手术治; (10) 手术治疗费:	疗类项目费: 3358.00 0.00 7费:	0.00	0.00					
. 治疗类: (9) 非手术治; (10) 手术治疗费:	疗类项目费: 3358.00 0.00 7费: 4700.35	0.00	 0.00  (15) 中草药麦	÷:	0.00			
. 治疗类: (9) 非手术治; (10) 手术治疗费: 1	疗类项目费: 3358.00 0.00 7费: 4700.35	0.00	 (15)中草药麦 _			0.00	(18) ⅓	<b>逐</b>
. 治疗类: (9) 非手术治验 (10) 手术治疗费:	疗类项目费: 3358.00 0.00 7费: 4700.35 员: (16) 血费:	0.00	 (15)中草药麦 _			0.00	(18) <del>5</del> ·	<b>逐</b>
. 治疗类: (9) 非手术治 (10) 手术治疗费:	疗类项目费: 3358.00 0.00 7费: 4700.35 段: (16) 血费:	0.00	 (15)中草药麦 _	· 3类制品费:			(18) <del>顶</del> ·	<b>《蛋白</b>
. 治疗类: (9) 非手术治》 (10) 手术治疗费:	疗类项目费: 3358.00 0.00 7费: 4700.35 设: (16) 血费:	0.00	— (15)中草药數 — (17)白蛋的 — (20)细胞因子类	 日类制品费: 注制品费:	0.00	)		建五