

广东省中医院大学城医院

特殊治疗（检查）知情同意书

姓名: [REDACTED], 男, 67岁, 入院日期: 2020年11月06日

住院号: [REDACTED]

目前诊断: 1.恶性肿瘤放射治疗 2.下咽恶性肿瘤

治疗（检查）名称: 放疗

患者因患: 下咽恶性肿瘤疾病, 需行治疗（检查）。本医师针对患者病情, 告知了目前可行的麻醉方案, 且说明了优、缺点。经向患方充分告知, 医患达成一致, 选择上述治疗（检查）方案。由于病情的关系及个体差异, 依据现有医学科学技术的条件, 施行该治疗（检查）可能出现无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。本医师已充分向患者（患者近亲属）（被授权委托人）交待并说明, 一发生所述情况, 可能加重病情或危及生命, 医务人员将按医疗原则予尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意, 请书面表明意愿并签字。

治疗（检查）目的: 控制肿瘤

可能出现的情况及并发症列举:

患者经各项检查和诊断, 需进行放射治疗。在治疗中、治疗后可能发生以下副作用
神经系统: 头晕、头痛, 记忆力下降, 走路不稳, 放射性颅内血管损伤、放射性颅神经及外周神经损伤(说话不清、舌肌萎缩、呛咳、声嘶等), 肢体麻木无力, 瘫痪

消化系统: 口干, 食欲下降, 恶心, 呕吐, 腹痛, 腹泻, 里急后重, 肠粘连, 肠梗阻, 肠坏死, 肠穿孔, 消化道出血, 肝功能损害, 排便困难等

泌尿系统: 尿频, 尿急, 尿痛, 血尿, 膀胱挛缩, 输尿管狭窄致肾盂积水, 肾功能损害甚至丧失;

生殖系统: 不育, 性功能减退;

心血管系统: 心悸、心律失常、心肌缺血, 心包填塞, 血管破裂, 大出血

骨骼关节肌肉系统: 骨骼生长障碍, 脊柱畸形, 脊髓炎, 骨、软骨坏死, 关节僵直, 张口困难, 肌肉萎缩等

内分泌系统: 垂体功能下降, 甲状腺功能下降, 肾上腺功能低下等致内分泌失调

皮肤及感受器: 脱发, 湿性皮炎, 皮肤血管扩张、脱屑、萎缩、溃疡, 皮下组织萎缩、纤维化, 眼睛怕光, 多泪, 分泌物增多、疼痛, 角膜溃疡、视力下降甚至失明, 中耳炎, 听力下降甚至致聋等

血液系统: 骨髓抑制致白细胞、血小板、红细胞下降, 血色素下降, 导致感染、出血、营养不良等

医师签名: [REDACTED]

2020年11月6日

患方签名: [REDACTED]

2020年11月6日

广东省中医院大学城医院

特殊治疗（检查）知情同意书

姓名: [REDACTED], 男, 67 岁, 入院日期: 2020 年 11 月 06 日

住院号: [REDACTED]

可能出现的情况及并发症列举如下: (续背面)

其他: 肿瘤未控

替代疗法: 无。

以上放疗副作用严重时可危及生命。

上述各点, 本人及家属都已得到医生的详尽解释, 愿意接受医生制定的放射治疗计划进行治疗; 按此计划进行治疗出现上述情况, 能予以理解, 不作追究。

替代医疗方案:

无

医师签名:

江

2020 年 11 月 6 日

本人系患者(或患者委托的代理人), 在神志完全清楚的状态下签署本协议。

(患者) 因患下咽恶性肿瘤疾病, 在贵院治疗。经医师向我说明各种治疗方案的优缺点后, 我决定选择:

A. 同意 接受上述治疗(检查), 且承担上述风险, 同意医师实施上述治疗(检查)方案, 同时授权委托医师根据治疗(检查)中病情判断和患者利益, 调整治疗(检查)方案。医师以上说明我充分理解, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

B. 拒绝 接受上述治疗(检查), 并承担相应后果因系本人意愿, 以后对此不提出异议。

签署意见(必须请患方写明同意或拒绝):

同意

患者(授权委托人)签名:

[REDACTED]

患者近亲属(被授权委托人)签名(注明与患者的关系):

[REDACTED]

夫妻

2020 年 11 月 6 日 15 时 36 分