

广西医科大学第一附属医院

医患沟通知情同意书

病案号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 14岁1月

科室: 肿瘤内科二病区

一、医护人员告知内容:

1. 医生已解释如下病情(诊断):

- 1、原发性皮肤CD8阳性侵袭性嗜表皮细胞性T细胞淋巴瘤
- 2、皮肤软组织感染

2. 诊疗计划:

1. 完善三大常规、肝肾功、电解质、心肌酶、肿瘤标志物、ECG、B超、CT等相关辅助检查;
2. 待辅助检查结果回报明确病情后拟定下一步治疗方案;
3. 择期化疗;
4. 拟给予中成药抗肿瘤, 调节免疫、对症支持等治疗;
5. 24小时留陪人。

3. 医疗风险:

1. 患者为恶性肿瘤患者, 疾病进展有恶液质, 所侵犯组织及器官功能障碍, 重要脏器如肝、肾、心、肺功能衰竭及出现猝死可能;
2. 并发症如感染、贫血、出血、疼痛、副肿瘤综合征、骨折等致生活质量下降, 严重时可能致休克, 危及生命的风险;
3. 治疗效果不理想, 治疗中或治疗后相关组织和器官损伤, 出现并发症、后遗症或意外, 严重时危及生命;
4. 治疗副作用(详见化疗同意书);
5. 住院期间可能出现坠床、跌倒并出现骨折、外伤、颅脑损伤等;
6. 其他。

二、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案:

1. 靶向治疗;
2. 生物免疫治疗;
3. 放射治疗;
4. 手术治疗;
5. 内分泌治疗;
6. 对症、支持治疗。

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的利弊及其风险如下:

1. 分子靶向治疗: 靶向治疗对优势人群有较好的效果, 并有较低的不良反应, 但费用较为昂贵;
2. 生物免疫治疗: 发热、寒战; 过敏性休克、败血症、器官功能衰竭, 严重者可危及生命;
3. 放疗: 放射部位组织及器官损伤, 功能缺损;
4. 手术治疗: (1)手术治疗无法彻底切除肿瘤; 有可能出现麻醉意外, 损伤神经、血管及邻近器官, 出血、感染, 心脑血管意外及多器官功能衰竭等;
5. 内分泌治疗属于辅助治疗, 难以根治肿瘤; 有可能出现过敏、内分泌紊乱、诱发其他肿瘤等副作用;
6. 单纯对症、支持治疗即放弃抗肿瘤的特异性治疗, 无法控制肿瘤进展, 仅可能暂时改善生活质量;
7. 其他。

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

我已明白和理解医师告知的全部内容

请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容

(患者本人/患者代理人签名)

三、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 患者目前诊断和病情发展程度；
2. 转科的诊疗计划及医疗风险；
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险；
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书

(医生签名)

2017年9月12日

(签字日期)

四、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容：

1. 医生已向我充分解释患者目前诊断和病情发展程度。
2. 我已了解转科医生拟定的诊疗计划和相关医疗风险及预后。
3. 我同意授权医生根据患者病情选择下一步或其他诊疗方案。
4. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
5. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
6. 医生已解释相关替代治疗方案利弊及其风险。
7. 医生已解释患者预后及不进行诊疗所面临的风险。
8. 我了解医生无法保证所做的诊疗计划可以治愈患者疾病。
9. 医生已向我充分解释患者病情及诊疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
10. 住院期间，患者的血液、体液、手术标本、病历信息等与诊疗相关的资料有可能用于临床教学和科研。

11. 术中可能留取影像资料，资料可能被用于临床教学和科研（影像资料将被做特殊处理，无法从中获取患者信息）。

我已就患者病情、诊疗计划、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并志愿选择第一项中所述诊疗计划，请签字

(请于横线上抄写：同意)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述诊疗计划，请签字

(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

(签字日期)