中国中医科学院望京医院

化疗知情同意书

患者姓名 [redacted] 性别 男 年龄 62 病历号 [redacted]

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我患有 _____，需要在 _____麻醉下进行

□ 全身化疗 □ 腔内化疗 □ 其它

化疗是治疗肿瘤的一种重要方法。化疗药物在杀灭肿瘤细胞的同时也损伤正常细胞，引起局部或全身的毒副作用，甚至导致严重并发症

治疗潜在风险和对策

医生告知我化疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的化疗方案根据不同病人及疾病状态有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1.我理解任何治疗都存在风险。

2.我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3.我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策：

1) 全身反应如头晕、疲乏；
2) 消化道症状如食欲减退、恶心、呕吐、腹泻等；
3) 骨髓抑制引起的血细胞减少，可能导致感染、出血、贫血等；
4) 肝、肾损害；
5) 心脏损伤；
6) 神经毒性；
7) 不孕不育；
8) 毛发脱落；
9) 药物对血管和组织刺激；
10) 药物渗漏引起的局部组织的坏死；
11) 药物过敏反应；
12) 治疗无效。
13) 除上述情况外，本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提前请患者及家属特别注意的其他事项，如 引起患者情绪异常

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

_____

_____

_____

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的诊治方式、此次诊治及诊治后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次诊治的相关问题。
- 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。
- 我理解我的诊治需要多位医生共同进行。
- 我并未得到诊治百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对诊治切除的病变器官、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。

患者签名 [redacted] 签名日期 2023 年 2 月 15 日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的诊治方式、此次治疗及诊治后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次诊治的相关问题。

医生签名 薛鹏 签名日期 2023 年 2 月 15 日