

# 绵阳市中心医院

## 放疗同意书

住院病区: 肿瘤一科

姓名:

住院号:

病人

性别: 男

年龄: 72岁

床号

KPS评分: ?? 分

疾病诊断: 1. 食管下段低分化鳞癌 (pG3T3N0M0, IIA期)

拟行检查、治疗名称: 放射治疗+定位CT

特殊检查、特殊治疗目的:

替代方案: 其他抗肿瘤治疗。

特殊检查、治疗可能引起的并发症及风险:

根据您的疾病和病情需要, 需要采用放射治疗 (以下称放疗)。放疗是一种有效的治疗手段, 一般来说, 该过程是安全的, 但放疗在杀死肿瘤细胞的同时对人体的正常细胞也有一定的损伤作用, 放疗中和放疗后可能会发生意外和并发症, 因此医师不能向您保证放疗的效果。由于个体差异、放疗的副作用及某些不可预料的因素, 可能发生意外和并发症, 严重者甚至会导致死亡。现告知如下, 包括但不限于:

1. 放射野皮肤、粘膜反应: 水肿、白膜、溃疡、脱皮、脱发等;
2. 胃肠道反应: 恶心、呕吐、腹泻、纳差等;
3. 骨髓抑制: 白细胞、血小板减少、贫血等;
4. 放射性食管炎、放射性肝炎、放射性气管炎、放射性肺炎、放射性骨髓炎、放射性心脏损伤 (心包炎、心肌炎、心律失常等);
5. 放射性肾炎、放射性膀胱炎、急性尿道炎等;
6. 阴道炎、性功能障碍等;
7. 其它不良反应: 感染、带状疱疹、蜂窝组织炎、肋骨骨折、放射性龋齿、机械性损伤等;
8. 肿瘤复发、转移、残留等;
9. 死亡;
10. 其它: 如消化道出血、穿孔等。
11. 患者目前拒绝替代治疗方案, 如: 手术治疗、生物靶向治疗、对症支持治疗等。
12. 患者需按医嘱要求定期放疗, 如患者因自身原因未能按时放疗, 一切后果自负。

我已详细阅读以上内容, 对医师、护士的告知表示完全理解, 同意接受放疗, 并承诺如出现上述情况时所产生的后果及治疗不良反应和并发症所需费用由我本人承担。

我知道在本次放疗开始之前, 我可以随时签署《放弃医疗书》, 以取消本放疗知情同意书的决定。

患者签名

知情同意书患者或代理人签名:

法定代理人与患者关系:

医师签名:

2023-04-10