

深圳市人民医院肿瘤药物治疗知情同意书

尊敬的患者：

您好！

根据您目前的病情，您有该治疗的适应症，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊治疗是指有一定危险性，可能产生不良后果的治疗；由于患者体质特殊或者病性危笃，可能对患者产生不良后果和危险的治疗；临床试验性治疗；收费可能对患者造成较大经济负担的治疗。医师特向您详细介绍和说明如下内容：特殊治疗项目名称、目的、费用、可能出现的并发症、风险及替代医疗方案，帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名 [REDACTED] 科室：放疗科	性别：女 床号 [REDACTED]	年龄：46 病案号 [REDACTED]
<p>治疗前诊断：右侧鼻腔、鼻窦低分化鳞癌伴神经内分泌癌术后放化疗后</p> <p>拟行治疗方案：VP-16 0.15g d1-3 + 洛铂 洛铂 50mg d1</p> <p>替代治疗方案： vp-16+顺铂</p> <p>治疗目的： <input type="checkbox"/>根治性 <input type="checkbox"/>辅助性 <input type="checkbox"/>姑息性</p> <p>拒绝治疗可能发生的后果：肿瘤进展</p> <p>患者自身存在高危因素：病理为复合性癌</p> <p>治疗可能出现的并发症、医疗风险：</p> <ol style="list-style-type: none"> 骨髓抑制：粒细胞下降，严重者可导致感染、发热和感染不能控制者可有生命危险。血小板下降：严重者可需要输注血小板，如有重要脏器的出血，可能导致生命危险。贫血：严重者可需要输血。 消化道不良反应：可以出现不同程度的恶心、呕吐、食欲下降等，有些药物可以出现严重的腹泻。严重者可出现脱水、水电解质平衡紊乱，需要补液、甚至住院治疗。 黏膜不良反应：可以出现口腔及消化道的黏膜溃疡，表现为疼痛、腹泻、感染发热等。 过敏反应：常在治疗开始时出现，表现为寒战、发热、皮肤潮红、胸闷、心悸、皮疹、水肿等，严重者可出现过敏性休克，甚至死亡。 心脏不良反应：心率紊乱、心肌损伤等，严重者可导致心脏功能异常，危及生命。 肝脏不良反应：谷丙转氨酶、谷草转氨酶、胆红素升高等，少数患者还因免疫力下降导致乙肝、丙肝活动，甚至肝功能衰竭。 肾脏不良反应：多数患者仅表现为肾功能的改变，严重者可出现肾功能异常，危及生命。 神经系统的不良反应：一般表现为轻度的感觉异常，如手足麻木、肌肉酸痛等，严重者可出现运动功能的障碍，甚至出现麻痹性肠梗阻等。 注射部位的局部反应：局部的药物渗漏可以导致组织损伤，疼痛，严重者可坏死。注射的血管可以出现脉管炎，疼痛等，必要时需要行外周静脉或中心静脉插管和安装静脉输液港以保护血管。 皮肤不 			

医师签字：

2018年10月8日17时~分

患者或被授权人签字：

2018年10月8日17时 分



扫描全能王 创建

不良反应：脱发、皮肤色素沉着、皮疹、“手足综合症”等，严重者甚至出现剥脱性皮炎。11. 代谢的影响：可能引起水电解质的平衡紊乱、血糖升高或降低，性腺功能下降等。12. 远期毒性：对于化疗后长期生存患者，化疗可能致癌，第二肿瘤的发生率增加；对生育功能的影响，如致畸性、不孕、不育。13. 其他

及一些不可预料的毒副反应，可能危及生命。

医师将以高度的责任心，认真执行治疗操作规程，做好抢救物品的准备及治疗过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施，一旦发生意外或并发症，医师将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免，且不能确保治疗完全成功，可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

治疗期间及治疗后主要注意事项：

- ☐ 加强营养，充足睡眠，避免感染。
- ☐ 定期复查血常规、肝肾功能、电解质等。
- ☐ 其他：

医师已向患者解释过此知情同意书的全部条款，医师认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

经治医师签字：

签字时间 2018 年 1 月 8 日 17 时 1 分

签字地点：

我及委托代理人确认：

医师向我解释过我的病情及所接受的治疗，并已就医疗风险向我进行了详细说明。我了解治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道治疗是创伤性诊疗手段，由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响，可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况；

医师向我解释过其他治疗方式及其风险，我知道我有权拒绝或放弃此治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就我的病情、该治疗及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

(请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明”字样)

我 (填同意) 接受该治疗方案并愿意承担治疗风险。

并授权医师：在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的治疗方案实施必要的抢救。

患者签字：

委托代理人签字：

签字时间 2018 年 1 月 8 日 17 时 00 分

签字地点：

我 (填不同意) 接受该治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查而发生的一切后果。

患者签字：

委托代理人签字：

签字时间： 年 月 日 时 分

签字地点：

患者及
委托代
理人
意见



扫描全能王 创建

深圳市人民医院肿瘤放射治疗知情同意书

尊敬的患者：
您好！

根据您的病情，您有该治疗的适应症，根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊治疗是指有一定危险性，可能产生不良后果的治疗；由于患者体质特殊或者病性危笃，可能对患者产生不良后果和危险的治疗；临床试验性治疗；收费可能对患者造成较大经济负担的治疗。医师特向您详细介绍和说明如下内容：特殊治疗项目名称、目的、费用、可能出现的并发症、风险及替代医疗方案，帮助您了解相关知识，作出选择。

一般项目	患者姓名: [REDACTED] 科室: 放疗	性别: 女 床号: [REDACTED]	年龄: 46 病案号: [REDACTED]
<p>治疗前诊断: 1、右侧鼻腔、鼻窦低分化鳞癌伴神经内分泌癌术后</p> <p>拟行治疗方案: IMRT</p> <p>替代治疗方案: VMRT</p> <p>治疗目的: <input type="checkbox"/>根治性 <input type="checkbox"/>辅助性 <input type="checkbox"/>姑息性</p> <p>拒绝治疗可能发生的后果:</p> <p>患者自身存在高危因素:</p> <p>治疗可能出现的并发症、医疗风险:</p> <p>1. 皮肤及感受器: 脱发、湿性皮炎、皮肤血管扩张、皮肤脱屑、萎缩、溃疡、皮下组织萎缩、纤维化、眼睛怕光、多泪、眼分泌物增多、疼痛、视力下降、眼膜溃疡、失明、耳朵疼痛、渗液、中耳炎、听力下降/丧失等。2. 软组织、肌肉反应有: 软组织肿胀、泛红、发热、疼痛、滞留性水肿、蜂窝组织炎、硬变、坏死、肌萎缩、硬变、活动受限。3. 消化系统: 口干、食欲下降、恶心、腹痛、腹泻、里急后重、肠粘连、肠梗阻、肠坏死穿孔、消化道出血、肝功能损害、张口困难、吞咽困难、排便困难。4. 呼吸系统: 咳嗽、多痰、气促、呼吸困难、胸痛、咯血、发热、肺纤维化致肺功能受损甚至肺心病等。5. 心血管系统: 心悸、心律失常、心肌缺血、心包积液、心包填塞、血管破裂、大出血致命。6. 神经系统: 头晕、头痛、记忆力下降、走路不稳、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、瘫痪等。7. 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。8. 泌尿系统: 尿频、尿急、血尿、膀胱痉挛、输尿管狭窄致肾盂积水, 肾功能损害甚至丧失等。9. 生殖系统: 不育、性功能减退、阴道穿孔、粘连、狭窄、闭锁、宫腔积液、闭经等。10. 骨骼关节肌肉系统: 骨骼生长受阻、脊柱侧弯、畸形、放射性骨髓炎、骨/软骨坏死、关节僵直、肌肉萎缩。11. 血液系统: 骨髓抑制导致白细胞下降、血小板下降、红细胞下降、血红蛋白下降。12. 其他: 咽喉疼痛、龋齿、声音嘶哑、鼻咽多涕、鼻甲粘连、副鼻窦积液、软腭穿孔、放射致癌、畸胎、</p>			

医师签字:

[Signature]

2018年10月8日 17时

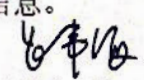
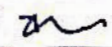
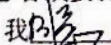
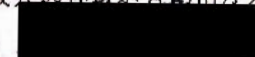
患者或被授权人签字:

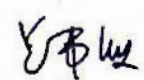
[Signature]


2018年10月8日 17时00分



扫描全能王 创建

	<p>等。13. 因个体特异性导致的个体超敏反应发生不可预知的情况。</p> <p>医师将以高度的责任心,认真执行治疗操作规程,做好抢救物品的准备及治疗过程中的监测。针对可能发生的并发症做好应对措施,一旦发生意外或并发症,医师将积极采取相应的抢救措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异,意外风险不能做到绝对避免,且不能确保治疗完全成功,可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤导致功能障碍等严重不良后果,及其他不可预见且未能告知的特殊情况,恳请理解。</p> <p>治疗期间或治疗后主要注意事项:</p> <p><input type="checkbox"/> 张口锻炼,鼻咽冲洗,口腔含漱等,3年内避免口腔有创治疗。</p> <p><input type="checkbox"/> 注意皮肤护理等。</p> <p><input type="checkbox"/> 坚持上肢功能锻炼。</p> <p><input type="checkbox"/> 保持外阴卫生,坚持阴道冲洗。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他:</p> <p>医师已向患者解释过此知情同意书的全部条款,医师认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。</p> <p>经治医师签字: </p> <p>签字时间 2018年10月8日 17时 分 签字地点: </p>
患者及委托代理人意见	<p>我及委托代理人确认:</p> <p>医师向我解释过我的病情及所接受的治疗,并已就医疗风险向我进行了详细说明。我了解治疗可能出现的风险、效果及预后等情况,并知道治疗是创伤性诊疗手段,由于受医疗技术水平局限、个体差异的影响,可能发生医疗意外及存在医师不可事先预见的危险情况;</p> <p>医师向我解释过其他治疗方式及其风险,我知道我有权拒绝或放弃此治疗,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就我的病情、该治疗及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询,并得到了满意的答复。</p> <p>(请患者或委托代理人注明“我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容,我做以下声明”字样)</p> <p>我  (填同意) 接受该治疗方案并愿意承担治疗风险。</p> <p>并授权医师: 在发生紧急情况下,为保障本人的生命安全,医师有权按照医学常规予以紧急处置,更改并选择最适宜的治疗方案实施必要的抢救。</p> <p>患者签字:  委托代理人签字: _____</p> <p>签字时间 2018年10月8日 17时 分 签字地点: _____</p> <p>我 _____ (填不同意) 接受该治疗方案,并且愿意承担因拒绝施行检查而发生的一切后果。</p> <p>患者签字: _____ 委托代理人签字: _____</p> <p>签字时间: 年 月 日 时 分 签字地点: _____</p>
	<p>如果患者或委托代理人拒绝签字,请医生在此栏中说明。</p>

医师签字: 
2018年10月8日 17时 分

患者或被授权人签字: 
2018年10月8日 17时 分

