

首都医科大学附属北京同仁医院

特殊治疗知情同意书

第 1 页

姓名姜彦辰

科室南院RB病房

门诊号

住院号

患者姓名:

性别:男

年龄:3岁

科 室:南院RB病房

病房或病区:7层B区(南区)

病案号:

尊敬的患者:

您好!

根据您的病情,建议您进行本项治疗,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,医师特向您详细说明:治疗项目、治疗目的、医疗风险(包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等)、替代医疗方案及相应措施等,帮助您理解相关情况,便于您做出选择。

医师告知:

【病情简介】(主要症状、体征、疾病严重程度):

【治疗前诊断】:右眼眶蜂窝织炎 EB病毒感染 巨细胞病毒感染 支气管炎

【建议拟行治疗方法】:静脉化疗

【治疗目的】:治疗原发病

【治疗部位】:静脉

【拟行治疗日期】:2016年09月18日 10:52

【麻醉方式】(仅限局麻):

【拟行治疗指征及禁忌症】:

指征:恶性肿瘤维持化疗;

禁忌症:1. 严重器官功能不全;

2. 严重活动性感染;

【拒绝治疗可能发生的后果】:

1. 疾病迅速进展;

2. 生存期缩短;

3. 某些可以治愈的肿瘤丧失长期生存的机会;

【治疗可能出现的并发症、医疗风险】:

1) 化疗药物是有毒性的药物,在杀死肿瘤细胞的同时,对人体的正常细胞也有一定的毒副作用。毒副作用的轻重随所用药物及病人的耐受力而异,在多数病人中是可逆的,少数病人可发生较严重的损害;

特殊治疗知情同意书

第 2 页

门诊号

姓名

科室南院RB病房

住院号

- 2) 化疗之中或之后可能会出现一些化疗药物的不良反应, 常见的有恶心、呕吐、脱发、口腔溃疡、静脉炎等;
- 3) 化疗药物还可能对心、肺、肝、肾、脑神经、内分泌等器官和系统造成不同程度的损害;
- 4) 化疗会导致不同程度的骨髓抑制, 使各种血细胞减少, 血小板减少时, 容易导致各部位出血, 甚至引起失血性休克而危及生命, 颅内、肾等重要脏器出血, 也可导致脏器衰竭而危及生命; 如果红细胞减少, 可导致不同程度的贫血、休克而危及生命; 如果白细胞减少, 容易出现各种感染, 甚至导致感染性休克而危及生命;
- 5) 由于瘤负荷较高, 化疗过程中甚至化疗前即可能出现肿瘤溶解综合征, 导致肾衰竭、电解质紊乱而危及生命;
- 6) 由于个人体质不同, 任何药物都可能引起过敏, 化疗药物也可能引起过敏, 甚至过敏性休克而危及生命;
- 7) 为了解疾病情况, 必须经常做骨髓穿刺、腰穿穿刺, 为防治脑膜浸润, 也可能必须定期进行鞘内注射化疗药物, 一般为常规, 较安全, 但也有例外情况, 如出血、过敏等;
- 8) 由于此疾病是恶性疾病, 有可能出现化疗不能使之缓解或缓解后又复发的情况;
- 9) 化疗过程所需费用较高, 病人有权终止治疗及自愿出院;
- 10) 希望病人及家属积极配合医护人员的检查和治疗, 白细胞及血小板水平低下时, 所进食物必须为微波炉消毒后的饮食。双方共同努力, 保证按计划完成治疗;

其他: 其他无法预计的风险;

【治疗后主要注意事项】:

【患者自身存在高危因素】:

【替代治疗方案】: 放疗、手术、造血干细胞移植;

我们将以高度的责任心, 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, 我们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、病情突发变化及个人体质的差异, 医疗意外风险等因素, 不可能做到绝对避免, 且不能确保治疗完全成功, 可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果, 及其它事前不可预见无法告知的特殊情况, 恳请理解。

我已向患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人解释过此知情同意书的全部条款, 我认为

首都医科大学附属北京同仁医院
特殊治疗知情同意书

第 3 页

门诊号

姓名

科室南院RB病房

住院号

患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人已知并理解了上述信息。

经治医师签名:

签名时间:

2016年9月18日11时

签名地点:

患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人确认:

医师向我解释病情及所接受的治疗项目,并已就第到第项医疗风险向我进行了详细说明。我理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、病情突发变化及个人体质差异的影响,可能发生医疗意外及存在治疗前不可预见的危险情况,不能确保治疗完全成功,可能会出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果;

医师向我解释过其它替代治疗方式及其风险,我知道我有权选择其他治疗方案,也可以拒绝或放弃此项治疗,也知道由此带来的不良后果及风险,我已就病情、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,并得到了全面的答复。

我已阅读并理解以上全部内容,我做以下声明:

(请患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人填写“我已倾听和阅读并理解以上全部内容,我做以下声明”字样)

我同意(填写“同意”)接受该治疗方案并愿意承担上述治疗风险。

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。

患者签名:

患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名:

与患者关系:

联系电话:

签名时间:

2016年9月18日11时

分

签名地点:

我

(填写“不同意”)接受该治疗方案,并且愿意承担因拒绝施行治疗而发生的一切后果。

患者签名:

患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名:

首都医科大学附属北京同仁医院
特殊治疗知情同意书

第 4 页

门诊号

姓名

科室南院RB病房

住院号

与患者关系:

联系电话:

签名时间: 年 月 日 时 分 签名地点:

备注:

如果患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人拒绝签名, 请医师在此栏中说明有关情况, 并签名和注明时间。也可请其他医护人员或知情患者签字证明。

注: 1、治疗中出现不可预见无法告知的特殊情况, 需要改成其他治疗等, 应再次履行知情告知义务, 并签署知情同意书。

2、治疗所需麻醉, 由麻醉医师操作的, 应当由麻醉医师与患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人另行签署麻醉知情同意书。

3、使用医用高值耗材或自费项目需另行签署知情同意书。

4、患者近亲属的范围, 按北京市高级人民法院规定包括——患者配偶; 患者成年子女及儿媳、女婿; 患者父母、岳父母及公婆; 患者兄弟、姐妹及其配偶; 患者配偶的兄弟、姐妹及其配偶; 患者祖父母、外祖父母、孙子女。

5、委托代理人是指患者本人授权具有法律行为能力的人。

6、患者委托近亲属或代理人签字, 应当书写授权委托书; 患者近亲属、代理人签名, 要签本人的名字; 核实患者近亲属及代理人身份证原件并留取身份证复印件。

7、患者法定监护人按法律规定是指无行为能力和限制行为能力的监护人, 如未成年子女的父母、无行为能力和限制行为能力精神障碍患者的配偶、父母或法律指定的监护人。患者法定监护人签字需提供与患者身份关系的法定证明文件。

8、如果知情同意书是多页的, 患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人在每一页都要签字。

9、建议此知情同意书采用一式两份, 患者/患者近亲属/患者代理人/法定监护人留存一份。

患者近亲属/患者代理人/法定监护人签名:

特殊治疗知情同意书 患者/家属/法定监护人签名 签名时间: 2016 年 5 月 18 日 11 时 分