

## 操作/特殊治疗知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 61岁 科室: 血液一科 住院号:

### 一、病情及所需操作/特殊治疗

医生已解释如下病情(诊断): 1. 骨髓增生异常综合征 2. 甲状腺功能减低

上述情况需如下操作/特殊治疗: 化疗

### 二、操作/特殊治疗风险

上述操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

- 1、骨髓造血及免疫功能抑制及其并发症, 如血象低而致感染、贫血、出血。
- 2、消化系统反应, 如剧烈恶心、呕吐、食欲不振、腹泻、便秘、肝脏损害等。
- 3、粘膜及皮肤附件反应, 如粘膜溃疡、色素沉着、脱发、皮疹等。
- 4、泌尿系反应: 尿痛、少尿等反应及高尿酸血症、肾功损害等。
- 5、心脏反应: 特别是蒽环类药物, 表现为心慌、胸闷, 重者可心衰而致死。
- 6、呼吸系反应: 肺部纤维化, 致胸闷、憋气等。
- 7、因化疗肿瘤消退过快而致的各种瘘道, 如消化道穿孔、血管破裂等。
- 8、按常规注射化疗药物引起的静脉炎、渗漏而致皮肤红肿热痛、坏死、溃烂及功能障碍等。
- 9、过敏反应, 如皮疹、过敏性休克等。
- 10、性功能障碍, 不孕、不育, 致畸, 致癌。
- 11、其他。

### 三、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: 输血等对症支持治疗

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险: 延误病情

### 四、医生声明

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗及其风险
- 相关替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/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/近亲属/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:

董力沙

签字日期: 2019-06-15 11:37

## 操作/特殊治疗知情同意书

### 五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容：

- 医生已向我解释操作/特殊治疗相关内容。
- 我已了解操作/特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险/并发症带来的后果。
- 我同意授权操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 我了解当操作/特殊治疗过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
- 医生已解释替代治疗方案及其风险。
- 医生已解释患者预后及不进行该操作/特殊治疗所面临的风险。
- 我了解医生无法保证该操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
- 医生已向我充分解释患者病情及该操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
- 我了解术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学（影像资料将被处理，无法从中识别患者）。
- 我已就患者病情、操作/特殊治疗、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。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述操作/特殊治疗，请签字

同意

（请与横线上抄写：同意）

（患者本人/近亲属/代理人签名）

2019-06-15 11:40

（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操作/特殊治疗，请签字

（请与横线上抄写：拒绝）

（患者本人/近亲属/代理人签名）

年 月 日 时 分

（签字日期）



## 操作/特殊治疗知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 62岁 科室: 血液一科 住院号:

### 一、病情及所需操作/特殊治疗

医生已解释如下病情(诊断): 1. 急性B淋巴母细胞白血病(MDS转化) 2. 甲状腺功能减低

上述情况需如下操作/特殊治疗: 化疗

### 二、操作/特殊治疗风险

上述操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

- 1、骨髓造血及免疫功能抑制及其并发症,如血象低而致感染、贫血、出血。
- 2、消化系统反应,如剧烈恶心、呕吐、食欲不振、腹泻、便秘、肝脏损害等。
- 3、粘膜及皮肤附件反应,如粘膜溃疡、色素沉着、脱发、皮疹等。
- 4、泌尿系反应:尿痛、少尿等反应及高尿酸血症、肾功损害等。
- 5、心脏反应:特别是蒽环类药物,表现为心慌、胸闷,重者可心衰而致死。
- 6、呼吸系反应:肺部纤维化,致胸闷、憋气等。
- 7、因化疗肿瘤消退过快而致的各种瘘道,如消化道穿孔、血管破裂等。
- 8、按常规注射化疗药物引起的静脉炎、渗漏而致皮肤红肿热痛、坏死、溃烂及功能障碍等。
- 9、过敏反应,如皮疹、过敏性休克等。
- 10、性功能障碍,不孕、不育,致畸,致癌。
- 11、其他。

### 三、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: 输血等对症支持治疗

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险: 延误病情

### 四、医生声明

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况:

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗及其风险
- 相关替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/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/近亲属/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: 王世爱

签字日期: 2019-08-26 15:37


## 操作/特殊治疗知情同意书

### 五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容：

- 医生已向我解释操作/特殊治疗相关内容。
- 我已了解操作/特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险/并发症带来的后果。
- 我同意授权操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 我了解当操作/特殊治疗过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
- 医生已解释替代治疗方案及其风险。
- 医生已解释患者预后及不进行该操作/特殊治疗所面临的风险。
- 我了解医生无法保证该操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
- 医生已向我充分解释患者病情及该操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
- 我了解术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学（影像资料将被处理，无法从中识别患者）。
- 我已就患者病情、操作/特殊治疗、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。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述操作/特殊治疗，请签字

  
(请与横线上抄写：同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2019 年08月26 日15时40分

(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操作/特殊治疗，请签字

(请与横线上抄写：拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

年 月 日 时 分

(签字日期)