

丽水市中心医院

告知书及授权书

姓名: [] 出生年月日: [] 住院号: [] 科室: 肝 [] 床号: []

尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人:

一、根据《民法典》第一千二百九十九条规定:“医务人员在诊疗活动中应当向患者说明病情和医疗措施。需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的,医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况,并取得其书面同意”。原卫生部《病历书写基本规范》第十条规定“对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动,应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因病无法签字时,应当由其授权的人员签字;为抢救患者,在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。”为切实保障患者的知情同意权和实施保护性医疗措施,敬请你们根据自己的实际情况,慎重考虑,选择确定作为患者病情、医疗措施、医疗风险及替代医疗方案等的被告知者,并签署各项医疗活动同意书。

二、请不要向医院职工赠送“红包”、礼品和礼物,医院严禁职工向病人和家属索要“红包”、礼品和礼物。若有职工向您索要“红包”、礼品和礼物,请致电我院纪检监察室,联系电话2285051。

上述告知及约定内容已充分了解并接受,经慎重考虑,我们做出以下选择:

☐ 我选择本人作为在该院医疗期间的病情、医疗措施、医疗风险等的被告知者,并签署各项医疗活动同意书。

患方签名: []

签名时间: 2023.4.29

☐ 我选择以授权方式行使本人在医疗期间的知情同意权和选择权,任一被授权人签名同意后所实施的诊疗行为视同本人知悉与同意。

患方签 []

签名时间: 2023.4.29

被授权 []

与患者关系: 父女

签名时间: 2023.4.29

身份证: []

电话: []

以下特殊情况,只需监护人或近亲属签字:

☐ 患者未成年人

☐ 患者因病不具备完全民事行为能力

代理人签名: []

与患者关系: []

签名时间: []

身份证: []

电话: []

患者家属不在现场,为抢救患者,医院领导或总值班签名:

签名时间: []

丽水市中心医院

化学治疗知情同意书



姓名: [redacted] 出生年月日: [redacted] 住院号: [redacted] 室: [redacted] 床号: [redacted]

尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人:

根据您或您亲人的病情和诊疗需要,有接受化学治疗(以下简称化疗)的指征。我们会告知您本化疗相关事宜,并承诺在化疗过程中一旦发生风险和意外,我们会采取积极应对措施。请您仔细阅读本知情同意书,提出与本次化疗有关的任何疑问,再决定是否同意接受化疗。

【诊断】:胃恶性肿瘤个人史(pT3N2M0, IIIa期) 腹腔淋巴结肿大(不能除外转移)

【拟施行的治疗方案】:

化疗方式: ☒ 全身化疗 ☐ 腔内化疗 ☐ 泵内化疗 ☐ 其他化疗

化疗方案: 白蛋白紫杉醇联合替吉奥

【预期效果】: 肿瘤控制

【可替代的方案】: 紫杉醇

【主要意外、风险及并发症】:

1. 化疗中、化疗后可能发生的意外、风险及并发症包括但不限于以下情况: (1) 胃肠道反应: 纳差、恶心、呕吐、腹泻、便秘、肠梗阻, 严重时导致脱水、休克; (2) 骨髓抑制: 白细胞、血小板、血红蛋白下降, 可引起继发感染和出血, 严重时危及生命; (3) 皮肤粘膜反应: 静脉炎, 药液外渗致皮下组织坏死, 脱发、口腔粘膜炎症; (4) 药物过敏: 如皮疹、剥脱性皮炎、胸闷、喉头水肿甚至过敏性休克, 严重时危及生命; (5) 神经系统损害: 周围神经炎、肢体麻木、面瘫, 还可以引起认知能力下降或痴呆等迟发性神经毒性作用; (6) 脏器功能损伤: 可能对心、肝、肾、肺、脑功能造成不同程度损伤, 严重时造成多脏器功能损害或衰竭危及生命; (7) 诱发疾病: 诱发或加重冠心病、肝炎、糖尿病、结核等多种疾病。2. 其他难以预料的并发症和风险。3. 特殊风险或主要高危因素: 无

【风险防范措施】: 1. 严格按照诊疗操作规范执行; 2. 加强主要意外、风险及并发症的监测, 及时处理。3. 其他: 无

【成功的可能性】: 本治疗存在一定的风险, 但只要严格掌握适应症, 做好风险防范措施, 大部分情况下该治疗是可以达到预期效果的, 少数情况则由于存在患者个体差异、潜在疾病等各种风险, 会影响治疗的预期效果。

【不进行治疗可能产生的结果】: 无

【医师陈述】: 我已经告知患方将要进行的化疗方式、此次化疗中及化疗后可能发生的并发症和风险、化疗成功的可能性、可能存在的其它治疗方法, 并且解答了患方关于此次化疗的相关问题。

【患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人知情同意】:

1. 医师已经告诉我有关化疗相关的内容, 并解答了我关于此次化疗的相关问题, 我同意本化疗方案。2. 我同意在化疗中医师可以根据患者的病情对预定的化疗方式做出调整。3. 我并未得到化疗百分之百成功的许诺。

医师签

签名时间: 2023-05-05 08:24:40

患方签

与患者关系: 女儿

签名时间: 2023.5.5

姓名 出生年月日 住院号 科室 床号

尊敬的患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人：

这是一份关于样本及临床资料收集的知情同意书。您受邀参加丽水市中心医院将部分组织和体液捐献给科研项目所用，并提供相关临床信息的行动。样本及临床资料将保存在丽水市中心医院。请您仔细阅读本知情同意书，提出与本次研究有关的任何疑问，决定是否同意进行相关研究。

【申请医师】：**【诊断】：**胃恶性肿瘤个人史(pT3N2M0, IIIa期) 腹腔淋巴结肿大(不能除外转移)**【拟施行的研究方案】：**涉及人的生物样本及临床资料相关研究。**【预期效果】：**☐明确病因，完善诊断 ☐确定治疗方案，判定预后 ☐对症治疗，缓解病情
☐其他：科学研究**【可替代的方案】：**不收集样本及临床资料**【主要意外、风险及并发症】：**最主要的风险是隐私的泄露，我们会尽最大努力保护您的信息避免未被授权的他人接触，包括去除很容易识别您的信息。我们确保您的可识别信息或可识别的生物样本不会被未经授权的人看到。**【风险防范措施】：**您具有充分的隐私权，样本和所有信息的采集都将在法律允许的范围内实现全面的保密。您的身份识别仅为样本编号和研究编号。在任何研究报告和出版物中您将不会被辨认出来。如果数据可能转移给第三方进行研究使用，我们会对第三方的资质进行审核，确保数据和样本存放的安全性，并对数据进行脱敏处理，确保您的信息不会泄露。为确保研究按照规定进行，必要时，政府管理部门或伦理委员会的成员按规定可以在研究单位查阅您的个人资料。**【成功的可能性】：**样本收集是公益性的，不需要支付任何费用。用于研究样本的保存将是长期的，目前还不能准确推测保存时间，因为人类攻克各种疾病是长期目标。样本用于对人类健康有益的研究项目。使用样本有严格的审查程序，保证科研的合理性和可行性，以及符合伦理法律法规。样本和临床资料的收集除医院投入的成本外，没有获益，对您本人也没有经济获益。但未来研究的结果会为您以及与您相似的患者的疾病提示新的治疗方法，这可能会给您和您类似的其他患者带来益处。**【不进行研究可能产生的结果】：**无**【医师陈述】：**我已经告知患者将要进行的研究方案、此研究可能发生的风险、研究成功的可能性、可能存在的替代研究方法，并且解答了患者关于此次研究的相关问题。**【患者、患者家属、患者法定监护人、患者授权委托人知情同意】：**1. 我已经阅读了本知情同意书。2. 我有机会提问而且所有问题均已得到解答。3. 我理解参加本活动完全是自愿的。4. 我同意研究者收集和处理我的标本，包括与我健康有关的信息，我同意我的信息（个人信息除外）由研究者处理，或转交与研究者合作的公司，进行科学研究、科研项目的申报和科学论文的发表。5. 我知道我的样本和所有信息的采集都将在法律允许的范围内实现全面的保密。6. 我可以选择在任何时候退出这一行动，我的任何医疗待遇与权益不会因此而受到影响。7. 我知道签名并不意味着可以免去任何费用、应尽责的事项和药品费用。8. 丽水市中心医院会提供给我一份经过签名并注明日期的知情同意书副本。

医师签名：

签名时间：2023-04-29 10:27:24

患方签名：

与患者关系：

本人

签名时间：

2023.4.29