



病情知情同意签字委托书

关于贵院 101 科室将于 2024 年 3 月 31 日为我实施
(特殊检查、特殊治疗、用药、手术)，我
本人全权委托([redacted] 关系：夫妻)代我办理知情同意签字
等事项，就此承担风险及不良后果。

委托人： [redacted] (签印)

受托人： [redacted] (签印)

身份证号： [redacted]

身份证号： [redacted]

日期： 2023. 3. 31





山西省肿瘤医院
中国医学科学院肿瘤医院山西医院
化疗知情同意书

科室: 消化 第 2 次化疗 病历号:

患者姓名 性别 (男) 女) 年龄 71 岁 病房 床号

疾病诊断: 十二指肠恶性肿瘤 化疗方案: X2F0K + R4F 标准

化疗的原因及目的: (请选择是划“√”, 否划“×”填入口内)

- ☐ 1、该患者已失去手术时机, 化疗是目前主要治疗手段。
- ☒ 2、该患者所患肿瘤及目前分期, 应以化疗为主要治疗手段。
- ☐ 3、患者术后或放疗后, 化疗是主要的进一步治疗手段。
- ☐ 4、术后或放疗后复发者, 化疗及免疫治疗是主要治疗手段。
- ☐ 5、使用某些化疗药物或化疗方案作为放疗增敏剂, 以提高对肿瘤治疗效果。
- ☐ 6、该患者所患肿瘤及目前分期, 应以动脉导管介入化疗为主要治疗方式。
- ☐ 7、其它:

化疗中可能发生的情况及采取的对策: (请选择“有”划“√”, “无”划“×”填入口内)

- ☐ 1、消化道反应: 食欲下降, 恶心、呕吐、腹泻、便秘、腹痛、血便、胰腺炎、伪膜性肠炎、肠粘膜溃疡、肠梗阻、肠瘘、水及电解质紊乱(如: 低钾、低钙等)。
- ☒ 2、骨髓抑制: 白细胞、血小板下降、粒细胞减少性发热, 继发出血、感染、败血症、溶瘤综合征、弥漫性血管内凝血等, 严重时危及生命。
- ☒ 3、心肝肾功能损害: 如心律失常、心肌供血不足、心肌炎、转氨酶升高、脂肪肝、黄疸, 血尿、蛋白尿、出血性膀胱炎, 心肝肾功能不全、衰竭等。
- ☒ 4、肺功能损害: 炎症、纤维化、严重者导致呼吸衰竭。
- ☒ 5、神经毒性: 末梢神经炎、手足麻木、肌肉痛等; 耳神经毒性: 耳鸣、听力下降等。
- ☒ 6、药物外溢: 皮下组织坏死、静脉炎等; 药物过敏: 皮疹、哮喘、过敏性休克等。
- ☒ 7、其他毒副反应: 乏力、脱发、皮炎、色素沉着、至暗、指甲改变等。
- ☒ 8、病情继续进展、肿瘤复发、转移, 化疗可能无效。
- ☒ 9、动脉导管介入化疗属于手术性操作, 少数出现局部出血、感染, 导丝断裂、麻醉意外等。
- ☒ 10、深静脉血栓、肺栓塞。
- ☐ 11、股骨头坏死。
- ☐ 12、继发依赖性糖尿病、高血压。

上述情况如出现, 医生会积极采取救治措施, 多数经治疗可恢复, 极少数出现生命危险甚至死亡。

提示: 化疗前后可能使用一些部分自费或全部自费的药物, 如中枢止吐药物、果糖二磷酸钠、G-CSF类升白细胞药物、促肝细胞生长因子等, 以及脂肪乳、复方氨基酸类、维生素类营养支持药物等。

请患者或家属了解上述情况, 确认同意化疗, 并接受由此可能带来的风险, 经医患双方后生效。

负责医生签名: 2021 年 3 月 31 日

患者或家属(受托人)签字: 与患者关系:

家属通讯地址:
及联系电话:

山西省肿瘤医院
中国医学科学院肿瘤医院山西医院
分子靶向治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

门诊号: [REDACTED]

科室: 消化三病区

住院号: [REDACTED]

患者姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 51岁	床号: 48
------------------	-------	---------	--------

诊断: 1. 十二指肠恶性肿瘤2. 恶性肿瘤维持性化学治疗3. 肝继发恶性肿瘤4. 腹腔淋巴结继发恶性肿瘤

疾病介绍和治疗建议

经过我们的全面检查和认真分析, 您诊断为1. 十二指肠恶性肿瘤2. 恶性肿瘤维持性化学治疗3. 肝继发恶性肿瘤4. 腹腔淋巴结继发恶性肿瘤需要接受分子靶向治疗, 且疗程为多疗程、多方案, 我们将按照医疗常规做好一切必要准备, 根据疗效及副反应随时调整用药, 尽力达到治疗的最佳效果。但靶向治疗费用较昂贵, 并且可以导致诸多不可避免的副反应或不良反应, 甚至由于副反应加重病情并出现生命危险, 请患者、家属及其法定代理人对以下事项充分注意, 决定是否接受该项治疗。

治疗潜在风险和对策

经大量临床实践证明, 分子靶向治疗具有良好的临床疗效和安全性, 绝大多数患者能够从该治疗中获益, 但不排除一些患者在治疗过程中可能出现以下治疗风险: 医生告知我分子靶向治疗可能发生的一些风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的分子靶向治疗根据不同病人及疾病状态有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何治疗都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。

3. 我理解此治疗可能发生的风和医生的对策:

(1) 通过治疗发现患者本身对该项分子靶向治疗不敏感。

(2) 患者本身对该项分子靶向治疗较敏感, 但多疗程后出现耐药。

(3) 分子靶向治疗可能会导致以下不良反应的发生。

(4) 肝肾功能严重损害。

(5) 心血管系统损害(严重心功能不全、高血压等)。

(6) 肺功能严重损害(通气及弥散功能损害、间质性肺炎、肺纤维化、肺栓塞等)。

(7) 胃肠道反应(出现口腔黏膜炎、食欲下降、恶心呕吐、腹痛、腹泻、便秘、肠



山西省肿瘤医院
中国医学科学院肿瘤医院山西医院
分子靶向治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

梗阻、肠穿孔等)。

(8) 皮疹、发热、寒战、头痛等过敏反应或胸闷、呼吸困难、低血压等严重过敏反应。

(9) 继发感染或加重原有感染。

(10) 皮肤反应(皮肤瘙痒、皮肤干燥、脱屑、皲裂、严重皮疹或加重原有皮肤损害等)。

(11) 静脉炎或软组织损伤。

(12) 血液学反应(白血病、中性粒细胞、淋巴细胞、血小板减少等)。

(13) 出血(口鼻腔、消化道、肺出血等)。

(14) 脱发、毛发褪色等。

(15) 疲乏无力、四肢水肿、结膜炎、角膜炎、角膜溃疡、感觉神经病变等其他反应。

(16) 除上述情况外,本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提前请患者及家属特别注意的其他事项,如。

(17) 如果患有高血压、心脏病、糖尿病、肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

5. 替代医疗方案有关事项

医师声明

1. 根据患者的病情,患者需要进行上述诊断、治疗措施,该措施是一种有效的诊断、治疗手段,一般来说是安全的,但由于该措施具有有创性和风险性,因此医师不能向患者保证措施的效果。一旦发生上述风险或其他意外情况,医师将从维护患者利益出发积极采取应对措施。

2. 我已经尽量以患者所能了解之方式,解释该措施的相关信息,特别是下列事项:

☐ 实施该措施的原因、目的、风险;

☐ 并发症及可能处理方式;

☐ 不实施该措施可能发生的后果及其他可替代诊疗方式;

☒ 如另有关于此措施的相关说明资料,我已经交付患者。

3. 我已经给予患者充足时间,询问下列有关拟实施医疗措施的问题,并给予答复



山西省肿瘤医院
中国医学科学院肿瘤医院山西医院
分子靶向治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

(如无请填写“无”)

主管医师签名

史一柳

签名日期 2023年03月31日

患方声明

1、医师已向我解释,并且我已经了解实施该医疗措施的必要性、步骤、风险、成功率之相关信息。

2、医师已向我解释,并且我已经了解选择其他医疗措施之风险。

3、医师已向我解释,并且我已经了解该医疗措施的风险和不实施该医疗措施的风险。

4、针对我的情况,我能够向医师提出问题和疑虑,并已获得说明。

5、我理解该医疗措施可能是目前最适当的选择,但是其仍然存在风险且无法保证一定能够达到预期目的。

6、我们理解,受医学科学技术条件局限,实施该项医疗措施过程中上述风险是难以完全避免的。

7、我已经向医师如实介绍了病史,尤其是与本医疗措施有关的病史。

8、紧急情况处置授权。本人明白除了医生告知的危险意外,医疗方案实施中可能出现其他危险或者预想不到的情况,在此我也授权医师,在遇到预料之外的紧急、危险情况时,从考虑本人利益角度出发,按照医学常规予以处置。

9、我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

10、我理解我的操作需要多位医生共同进行。

11、我并未得到操作百分之百成功的许诺。

12、我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

13、我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

14、我理解如果不遵医嘱,可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情,我可能出现以下特殊并发症或风险:



山西省肿瘤医院
中国医学科学院肿瘤医院山西医院
分子靶向治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

住院号: [REDACTED]

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

基于上述声明, ☒ 我 (“同意” 或 “不同意”) 对我实施该项医疗措施。若实施该项医疗措施期间发生意外紧急情况, (“同意” 或 “不同意”) 接受贵院的必要处置。

患者签名 签名日期 2023年03月31日 [REDACTED]

如果患者无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名: [REDACTED]

患者授权亲属签名 与患者关系 签名日期 2023年03月31日

妻



病情知情同意签字委托书

关于贵院 101-1 科室将于2023年 4 月25 日为我实施
(特殊检查、特殊治疗、用药、手术)，我
本人全权委托(关系: 夫)代我办理知情同意签字
等事项，就此承担风险及不良后果。

委托人: (签印)

受托人: (签印)

身份证号:

身份证号:

日期: 2023.4.25





山西省肿瘤医院
中国医学科学院肿瘤医院山西医院
化疗知情同意书

科室: 化疗

第 () 次化疗

病历号:

患者姓名: 性别 (男 ☐ 女 ☒) 年龄 63 病房 床号 37

疾病诊断: 乳腺癌 化疗方案: ECF

化疗的原因及目的: (请选择是划“√”, 否划“×”填入口内) 是

- ☒ 1、该患者已失去手术时机, 化疗是目前主要治疗手段。
☐ 2、该患者所患肿瘤及目前分期, 应以化疗为主要治疗手段。
☐ 3、患者术后或放疗后, 化疗是主要的进一步治疗手段。
☐ 4、术后或放疗后复发者, 化疗及免疫治疗是主要治疗手段。
☐ 5、使用某些化疗药物或化疗方案作为放疗增敏剂, 以提高对肿瘤治疗效果。
☐ 6、该患者所患肿瘤及目前分期, 应以动脉导管介入化疗为主要治疗方式。
☐ 7、其它:

化疗中可能发生的情况及采取的对策: (请选择“有”划“√”, “无”划“×”填入口内)

- ☒ 1、消化道反应: 食欲下降, 恶心、呕吐、腹泻、便秘、腹痛、血便、胰腺炎、伪膜性肠炎、肠粘膜溃疡、肠梗阻、肠瘘、水及电解质紊乱 (如: 低钾、低钙等)。
☒ 2、骨髓抑制: 白细胞、血小板下降、粒细胞减少性发热, 继发出血、感染、败血症、溶瘤综合征、弥漫性血管内凝血等, 严重时危及生命。
☒ 3、心肝肾功能损害: 如心律失常、心肌供血不足、心肌炎、转氨酶升高、脂肪肝、黄疸, 血尿、蛋白尿、出血性膀胱炎, 心肝肾功能不全、衰竭等。
☐ 4、肺功能损害: 炎症、纤维化、严重者导致呼吸衰竭。
☒ 5、神经毒性: 末梢神经炎、手足麻木、肌肉痛等; 耳神经毒性: 耳鸣、听力下降等。
☒ 6、药物外溢: 皮下组织坏死、静脉炎等; 药物过敏: 皮疹、哮喘、过敏性休克等。
☐ 7、其他毒副反应: 乏力、脱发、皮炎、色素沉着、至畸、指甲改变等。
☐ 8、病情继续进展、肿瘤复发、转移, 化疗可能无效。
☐ 9、动脉导管介入化疗属于手术性操作, 少数出现局部出血、感染, 导丝断裂、麻醉意外等。
☐ 10、深静脉血栓、肺栓塞。
☐ 11、股骨头坏死。
☐ 12、激素依赖性糖尿病、高血压。

上述情况如出现, 医生会积极采取救治措施, 多数经治疗可恢复, 极少数出现生命危险甚至死亡。

提示: 化疗前后可能使用一些部分自费或全部自费的药物, 如中枢止吐药物、果糖二磷酸钠、G-CSF类升白细胞药物、促肝细胞生长因子等, 以及脂肪乳、复方氨基酸类、维生素类营养支持药物等。

请患者或家属了解上述情况, 确认同意化疗, 并接受由此可能带来的风险, 经医患双方后生效。

负责医生签名: 2013 年 4 月 15 日

患者或家属 (受托人) 签字: 与患者关系:

家属通讯地址:

及联系电话:



免疫治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 43 科别: 消化 床号: 41 住院号: [REDACTED]

亲爱的患者、家属及其法定代理人:

张明物 张明物

免疫细胞可以识别并清除肿瘤微环境中的肿瘤细胞,但为了生存和生长,肿瘤细胞能够采用不同策略,使人体免疫系统受到抑制,不能正常的杀伤肿瘤细胞,从而在抗肿瘤免疫应答的各阶段得以幸存。肿瘤细胞的上述特征被称为免疫逃逸。肿瘤免疫治疗是通过重新启动并维持肿瘤免疫循环,恢复机体正常的抗肿瘤免疫反应,从而控制与清除肿瘤的一种治疗方案,包括单克隆抗体类免疫检查点抑制剂、治疗性抗体、癌症疫苗、细胞治疗和小分子抑制剂等。由于患者的病情需要,及根据肿瘤治疗规范建议,家属将使用细胞免疫治疗,以达到治疗效果的最大化。细胞免疫治疗也可以导致诸多不可避免的不良反应,请患者及家属充分阅读药品说明书并对以下事项充分注意,决定是否接受该项治疗。

免疫治疗可能引起的不良反应:

1. 免疫治疗相关性肺炎、肝炎、肠炎、脑炎、心肌炎、甲状腺炎等免疫相关性炎症;
2. 消化道反应: 恶心、呕吐、腹泻、便秘、结肠炎等消化道反应;
3. 肠道毒性;
4. 乏力;
5. 肝脏、肾脏毒性;
6. 皮肤毒性: 包括感觉迟钝,感觉异常,麻木感,无痛肿胀,手足红斑,痒疹状红疹,其他也可出现如搔痒、皮肤脱屑和指甲病变等症状,甚至出现湿性脱皮,溃疡,手足起疱、疼痛或导致患者不能工作和正常生活的严重手足不适;
7. 甲状腺毒性;
8. 过敏反应等及其他不良反应;
9. 免疫治疗在多种实体瘤中可能获益,但因其阻断免疫抑制通路的同时,可累及绝大多数正常组织,引起免疫相关不良反应多且复杂,部分患者也可出现严重不良反应甚至危及生命,免疫治疗药物使用后也可能出现肿瘤进展,希望您(们)能慎重考虑,如能理解以上提及的诸项不良反应,并能够承担由此所带来的风险,请仔细阅读后签字:

我(们)要求接受免疫治疗,对免疫所导致的不良反应能够理解,并能够承担由此所带来的风险。

上级医师签字: 张明物

患者签字:

主管医师签字: 张明物

家属及法定代理人签字: [REDACTED]

(与患者的关系):

日期: 2023.5.16

日期: 2023.5.16

