



恶性肿瘤免疫治疗知情同意书

科室:肿瘤科四病区

姓名:1 [REDACTED] 年龄:65岁 住院号:1 [REDACTED]

患者男, 65岁

诊断: 1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 空肠恶性肿瘤 肉瘤样癌 肝继发恶性肿瘤 大网膜继发恶性肿瘤 腹膜继发恶性肿瘤 3. 非器质性失眠症 4. 乙型病毒性肝炎 5. 高血压病3级(很高危)

特殊检查(治疗)名称: 恶性肿瘤免疫治疗

告知内容: 根据患者目前的病情, 结合现有医疗技术水平和我院诊疗实际, 推荐患者使用免疫治疗。本医师已针对患者病情, 向患者(监护人、代理人)或患者授权人说明所推荐治疗的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异, 在现有医学科学技术的条件下, 施行该治疗可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果; 对其他可供选择的治疗方案内容及相关医疗风险, 本医师也一并进行了详细阐述并充分向患者(监护人、代理人)或患者授权人交代。若发生前述风险和不良后果情况, 医务人员都将按医疗原则予以尽力抢救, 但无法保证抢救最终效果。是否同意选择推荐治疗方案, 请书面表明意愿并签字。

其他可供选择检查(治疗)方案(替代方案):

经治医师签名: 余伟

2022年06月30日 10时19分

本人系患者(监护人、代理人)或患者授权人, 患者因患恶性肿瘤疾病, 需使用免疫治疗。医师已将现有技术水平条件下该院可供选择治疗方案及推荐方案向我进行了细致讲解, 并告知可能发生的医疗风险和不良后果, 本人已充分理解, 并自愿选择医师推荐治疗方案。本人已知晓并自愿承担治疗中的相应风险和后果。因系本人意愿, 目前及以后对此不提出异议。

同意使用免疫治疗

患者(监护人、代理人)或患者授权人同意签名:

同意者与患者的关系:

2022年06月30日 10时19分

本人系患者(监护人、代理人)或患者授权人, 患者因患疾病, 需使用免疫治疗。医师已将现有技术水平条件下该院可供选择治疗方案及推荐方案向我进行了细致讲解, 并告知可能发生的医疗风险和不良后果, 本人已充分理解, 并拒绝接受该推荐治疗方案, 由此导致的医疗风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿, 目前及以后对此不提出异议。

拒绝使用免疫治疗

患者(监护人、代理人)或患者授权人拒绝签名:

拒绝者与患者的关系:

年 月 日 时 分