

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

近接放射線治療同意書

病人

病歷號

一、放射治療說明：

建議近接放射治療原因：控制病情、降低復發機會、症狀緩解。

1. 近接放射線治療為每週二到三次。
2. 為減輕治療過程不適，會在與病人討論後，視情況給予靜脈麻醉止痛並給予監測。
3. 近接放射治療大部分為接續外部放射治療的追加治療，少數使用為單獨手術後輔助性治療，近接放射治療本身極少有副作用發生。如果發生，可能為感染、局部受傷、組織纖維化、微血管出血…等。如果有使用麻醉藥物，則可能產生藥物過敏、呼吸抑制等副作用。
4. 其他：_____

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項治療之相關資訊，特別是下列事項：
 - 1-1 需實施治療之原因、步驟與範圍、治療之風險及成功率。
 - 1-2 治療併發症及可能處理方式；預期治療後，可能出現之暫時或永久症狀。
 - 1-3 不實施治療可能之後果及其他可替代之治療方式及合併療法說明。
2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療的問題，並給予答覆。

主治醫師簽名：

日期/時間：西元

三、病人之聲明

1. 醫師已解釋，本人(或家屬)已瞭解有關放射治療的資訊，瞭解施行這個治療的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊；並且已瞭解治療可能預後情況和不進行治療的風險。
2. 醫師已向我解釋，可能發生之副作用，與相對應的處理方式。
3. 我瞭解這個治療可能是目前最適當的選擇，但是這個治療無法保證一定能改善病情，且有可能產生副作用。
4. 同意接受近接放射線治療。

立同意書人簽名：

身份證字號：

與病人之關係：本人 配偶 父母 兄弟姊妹 子女 電話：

日期：西元 年 月 日 時間： 時 分