

For Clinic Use

Please fill in or affix patient label

Name : M / F
HKID No. : DOB :
Contact No.:

For RTO Use

Please fill in or affix patient label

Name : M / F
HKID No. : DOB :
Contact No.:

放射治療及腫瘤科中心

一、簽署人資料

病人的姓名在本表格右上方。

簽署本同意書之人士為：(請在適當空格內加上✓號)

- ☐ 病人本人
☐ 未成年病人(未滿十八歲)的父母或監護人
☐ 根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意，接受院方建議的醫療程序／治療的法定監護人
☐ 父母 / ☐ 監護人 / ☐ 法定監護人 資料：

姓名(中文)

姓名(英文)

☐ 香港身份證 / ☐ 身份證明文件號碼

二、解釋醫療程序／治療性質及影響／效果

簽署本同意書的醫生已對病人／病人的父母或監護人／根據「精神健康條例」下為病人所委任的法定監護人，就病人接受醫療程序／治療的性質及影響／效果解釋如下：

1. 病人就醫療程序／治療的診斷／適應症：

- ☐ 腦瘤 ☐ 鼻咽癌 ☐ 口腔癌 ☐ 舌癌 ☐ 喉癌 ☐ 腮腺癌 ☐ 扁桃腺癌
☐ 乳癌 ☐ 肺癌 ☐ 食道癌 ☐ 胸腺瘤 ☐ 胃癌 ☐ 胰臟癌 ☐ 膽管癌 ☐ 膽囊癌 ☐ 肝癌
☐ 結腸癌 ☐ 直腸癌 ☐ 大腸癌 ☐ 肛門癌 ☐ 腎癌 ☐ 膀胱癌 ☐ 前列腺癌
☐ 子宮頸癌 ☐ 子宮體癌 ☐ 子宮內膜癌 ☐ 卵巢癌 ☐ 骨癌 ☐ 淋巴癌 ☐ 肉瘤
☐ 腦轉移 ☐ 肺轉移 ☐ 肝轉移 ☐ 骨轉移 ☐ 淋巴結轉移 ☐ 其他: _____

2. 病人接受醫療程序／治療名稱及性質: **放射治療**

部位: ☐ 左 / ☐ 右

- ☐ 腦 ☐ 頭 ☐ 頸 ☐ 胸 ☐ 腹 ☐ 盆腔 ☐ 手 ☐ 腳
☐ 頸椎骨 ☐ 胸椎骨 ☐ 腰椎骨 ☐ 骶椎骨 ☐ 其他: _____

3. 病人就醫療程序／治療之預期影響／效果：殺死癌細胞／控制癌細胞增長／舒緩癌症所引起的病徵

三、與醫療程序／治療有關的重要風險及併發症：

參閱資料單張:

- ☐ GRTO-204-R2 舒緩性放射治療須知
☐ GRTO-196-R2 一般放射治療須知
☐ GRTO-190-R2 腦部放射治療須知
☐ GRTO-194-R2 眼部放射治療須知
☐ GRTO-198-R2 頭頸部放射治療須知
☐ GRTO-202-R2 鼻咽癌放射治療須知

- ☐ GRTO-210-R2 胸腔部放射治療須知
☐ GRTO-192-R2 乳部放射治療須知
☐ GRTO-188-R2 腹部放射治療須知
☐ GRTO-206-R2 盆腔部放射治療須知
☐ GRTO-200-R2 上下肢部位放射治療須知
☐ GRTO-208-R2 皮膚(原發性或擴散)放射治療須知
☐ GRTO-212-R2 脊柱放射治療須知

其他資料單張: _____

接受放射治療醫療程序及治療同意書

For Clinic Use

Please fill in or affix patient label

Name : M / F
HKID No. : DOB :
Contact No.:

For RTO Use

Please fill in or affix patient label

Name : M / F
HKID No. : DOB :
Contact No.:

☐ 再次接受放射治療 (適用於上述<見第二項 2.> 之相同部位曾經接受放射治療), 風險及併發症如前述。

☐ 下列器官局部 / 完全喪失功能: ☐ 左 / ☐ 右

☐ 眼 ☐ 晶體 ☐ 臂神經叢 ☐ 顳葉 ☐ 睪丸 ☐ 卵巢 ☐ 腎臟 ☐ 其他: _____

☐ 醫療程序 / 治療對心臟起搏器之影響 / 風險

資料單張: **GRTO-170-R1** 戴有心臟植入式電子儀器 放射治療病人須知暨同意書

四、 選擇不進行醫療程序 / 治療的風險 / 併發症:

若不進行是項醫療程序 / 治療, 將得不到上述(見第二項) 之醫療程序 / 治療的預期影響 / 效果

五、 同意接受醫療程序 / 治療

作為病人、病人的父母或監護人、或根據「精神健康條例」下為病人所委任並獲授權代其同意接受醫療程序 / 治療的法定監護人及本同意書之簽署人, 我 / 我們:

1. 同意病人接受同意書上所述的醫療程序 / 治療。負責簽署本同意書的醫生已向我 / 我們詳細解釋此項醫療程序 / 治療的性質、影響、效果、風險及併發症。我 / 我們完全明白有關的解釋。
2. 明白其他相關種類的醫療程序 / 治療及其效果與風險。負責簽署本同意書的醫生已向我 / 我們解答我 / 我們提出的疑問。我 / 我們完全明白有關的解釋。
3. 同意病人在醫生 / 醫療專業人員認為必須或有需要的情況下, 接受其他進一步的醫療程序 / 治療。
4. 明白醫生 / 醫療專業人員已盡量為病人進行最適合病人情況之最佳的醫療程序 / 治療, 但這並不能保證可以改善或治癒病人。理解放射治療是對腫瘤病灶的局部治療, 治療期間或之後腫瘤仍可能出現進展 / 轉移 / 復發。
5. 明白**不進行**醫療程序 / 治療之後果, 並理解因病情發展或自身健康原因, 醫療程序 / 治療可能被終止。
6. 同意病人接受醫生 / 醫療專業人員認為必須或有需要的檢驗及檢查。
7. 同意病人授權醫療專業人員於放射治療部位拍照作為紀錄, 並明白醫療程序 / 治療期間可能會攝影或錄影以作醫療記錄、教學或研究用途。
8. 明白醫療程序 / 治療會有不能預算極罕有的風險和併發症。
9. 已獲得有關預計放射治療設計 / 放射治療費用的資料, 及明白在治療期間, 如須接受額外醫療程序 / 治療, 可能須另外繳付費用。
10. **只適用於女性病人之事項:** 病人確認並無懷孕, 亦明白在接受放射治療期間時若發現懷孕, 須自行承擔可能會令胎兒受傷害之任。
11. 同意如上述醫療程序 / 治療改期, 本同意書在簽署後 180 日內或於同一次入院期間仍然有效。
12. 我 / 我們確認收到有關程序、風險及併發症 / 副作用的資料單張(如適用見第三項), 並已閱讀及完全明白其內容。
13. 明白如果我 / 我們有其他問題, 可以向院方詢問; 我 / 我們在簽署這份文件後有權改變主意。

簽署人簽署

醫生簽署

見證人簽署 (如適用)

簽署人姓名

醫生姓名

見證人姓名 (如適用)

簽署日期

簽署日期

簽署日期 (如適用)

此欄由翻譯人員填寫 (如適用, 請填寫下列資料)

本人 _____, _____ 已如實地及清楚地將此

翻譯人員姓名

香港身份證 / 身份證明文件號碼

同意書的內容翻譯成 _____ 向簽署者翻譯。

所用語言 / 方言

翻譯人員簽署: _____

日期: _____

註: 如有見證人, 見證人必須參與從解釋到簽署表格的整個過程。