

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／醫療專業人員已對病人／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: 不適用

2. 病人接受醫療程序／治療名稱及性質: **動脈或靜脈造影注射電腦掃描**
掃描部位 頭／頸 胸 腹 盆腔
 上肢 下肢 脊柱 其他: _____

3. 病人就醫療程序／治療之預期影響／效果: **放射治療電腦設計之用途**

三、 醫療程序／治療之風險及併發症／副作用:
碘化造影劑是 X-光檢查常用的造影劑。一般來說，碘化造影劑是一種安全的藥物，但有時亦可能會引起以下副作用：

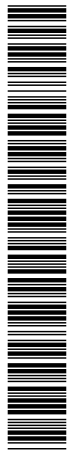
- **輕微副作用** - 輕微副作用之症狀均屬暫時性及會自行痊癒，無需特別治理。常見例子有輕微紅腫及痕癢、作嘔、嘔吐、打噴嚏、咳嗽、熱暖感覺、結膜炎、流鼻涕等。
- **中度副作用** - 中度副作用較為嚴重，並持續較久。病人遇此情況通常需要延醫診治，否則有些情況會導致嚴重副作用反應。常見例子包括瀰漫性蕁麻疹、面部水腫、咽喉發緊或沙啞但沒有呼吸急促、微喘息、心悸及血壓不正常等。
- **嚴重副作用** - 1. 遇有嚴重副作用情況需要緊急治理，否則會對身體造成永久嚴重損害甚至死亡。嚴重副作用反應包括氣喘、面部或喉嚨腫脹、支氣管痙攣、血壓上升或下降、心律不調及抽搐等。2. 總體之急性不良反應率為零點七個百分點而嚴重急性不良反應率則為一萬分之四。因注射碘化造影劑而導致死亡的個案率為百萬分之二點一。大部份危及生命的造影劑反應會在注射造影劑後二十分鐘內發生。
- **延遲副作用** - 延遲副作用反應亦可能會於注射造影劑後一小時甚至一星期後發生。症狀包括蕁麻疹、皮膚紅腫及痕癢。唾液腺疼痛及急性關節痛也偶爾會發生。
- **造影劑外滲** - 注射造影劑時，可能會出現外滲的情況。其機會率一般少於百分之一。造影劑外滲是由於有部份造影劑於注射時流入注射部位附近的軟組織引起並是一種潛在的併發症。微量的造影劑外滲會導致注射部位出現浮腫，輕微不適或痛楚，但這種現象一般會在數小時至數天內消失。嚴重的外滲情況可能會導致皮膚潰瘍、組織壞死及骨筋膜室綜合症等情況。
- **乳酸性酸中毒** - 有報告顯示服用二甲雙胍(Metformin)及患有腎病之糖尿病人於注射碘化造影劑後會產生乳酸性酸中毒的危險。在十萬個病患個案當中，發生乳酸性酸中毒的機會率則低於八點四，而發生個案的死亡率則為百分之五十。

醫療程序／治療對心臟起搏器之影響／風險 (參閱資料單張: _____)

四、 選擇不進行治療的風險／併發症: 不適用

五、 在醫療程序／治療中可能需要的其他相關治療 (如適用): _____

六、 病人需要先作討論才可進行的其他治療程序 (如適用): _____



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.:

七、資料單張 (如適用，請在適當空格內加上“✓”號)

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(_____)，並已閱讀及完全明白其內容

八、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/醫療專業人員已向我/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/副作用。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/醫療專業人員已向我/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. 明白院方並不保證有關醫療程序/治療由特定醫生/醫療專業人員進行。但此項醫療程序/治療會由合資格的醫生/放射治療師執行。
9. 明白醫療程序/治療會有不能預算極罕有的風險和併發症。
10. 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。
11. **只適用於女性病人之事項：確保病人現時並無懷孕，若在醫療程序、定位/治療期間懷孕，病人願意對該後果負全部責任。**
12. 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。
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/醫療專業人員簽署	見證人簽署 (如適用)
簽署人姓名	醫生/醫療專業人員姓名	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：本同意書之內容乃根據英文版同意書翻譯而成，所有內容以英文版為準。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。

