

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 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
- 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 盤腔 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： 根治治療 / 輔助治療 / 紓緩治療

三、醫療程序／治療之風險及併發症／副作用：

參閱資料單張：_____

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: _____

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)

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：

若不進行是項治療，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、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)：_____

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(見附頁)，並已閱讀及完全明白其內容

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.:

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：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。

