

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: **甲狀腺亢進症(甲狀腺毒素)**
2. 病人接受醫療程序／治療名稱及性質: **甲狀腺亢進症放射碘治療**
3. 病人就醫療程序／治療之預期影響／效果: **根治治療**

三、醫療程序／治療之風險及併發症／副作用:

短期副作用

下列副作用可能會在治療期間出現，但治療完成後數星期會逐漸消退。

不常見

1. 食慾不振。
2. 作悶或輕微嘔吐。治療當日避免進食過飽可減少這情況。
3. 口乾、味覺轉變或暫時失去味覺、口腔或咽喉脹痛不適。多喝水可以減少這情況。
4. 如患有甲亢凸眼(格雷夫氏眼病): 凸眼徵狀可能會暫時惡化。如有需要，醫生會為你處方類固醇，以減低這副作用出現的可能性。
5. 如有甲狀腺腫脹: 頸部脹痛。如有需要，醫生會為你處方類固醇，以減低這副作用出現的可能性。

罕見

1. 放射碘破壞甲狀腺細胞時，可能會令身體釋放出比平常多的甲狀腺荷爾蒙，令甲亢病癥暫時惡化。這情況一般可用抗甲狀腺藥物控制。
2. 對放射碘產生過敏反應，出現皮疹、呼吸困難或低血壓等現象。嚴重的可以致命，需要急救。

長期副作用

部份病人會於放射碘治療一段時間後出現甲狀腺分泌過低(甲減)現象。甲減癥狀包括體重增加、怕冷、容易疲倦、面容浮腫、便秘、心跳緩慢和聲音沙啞等。長遠來說約五成病人會出現甲減，須要長期服用甲狀腺素補充。經補充後身體是完全正常的。

注意:

- 放射物質可引致畸胎。在放射碘治療期間及特定時間內，男性或女性病人均應採取避孕措施，詳情請參照醫生指示。
- 在放射碘治療前後及期間，女性病人須停止哺乳，因放射碘會經母乳影響嬰兒，詳情請參照醫生指示。
- 如需要長時間的近距離(如一公尺內)接觸或照顧嬰兒或小孩，請告知醫生。
- 如會對碘質有過敏反應，請告知醫生。
- 以往曾接受放射碘治療，請告知醫生。
- 曾有部份統計性研究顯示曾服放射碘人士某些癌症出現機會輕微增加，但整體來說醫學上並未能絕對證明用作治療甲亢劑量的放射碘會增加患癌機會。
- 用作治療甲亢劑量的放射碘不會影響病人日後的生育能力。
- 可出現未能達到治療的預期目的、病情仍無法緩解、日後再次復發甚至惡化等情況。
- 治療時可出現無法預料和不能防範的，及不同程度的不良後果。請患者在充分理解以上內容後決定是否選擇以上提及的治療。
- 如病人不幸身故，視乎當時病人體內的輻射水平，衛生部門有機會不批准火葬，或者要求將火葬延遲一段特定時間。

參閱資料單張: _____

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)

接受放射碘治療 (甲狀腺亢進症) 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.:

四、 選擇不進行治療/其他治療的風險/併發症(如適用):

手術: 全身麻醉之風險, 傷口流血、感染、痛楚、甲減等。
藥物治療: 甲減、過敏、關節痛、腸胃不適、白血球低、頭痛、肝炎、脫髮等。

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

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. 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。
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: 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。
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. 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。

