

广东药科大学附属第一医院

粪菌移植知情同意书

姓名		诊断 <u>拟诊为... 抑郁症</u>
住院号		
日期	<u>2017.6.5</u>	

1. 我已经获得如下解释：粪菌移植的适应证、国外国内应用和研究现状、对疾病诊疗的好处、手术（或方案）治疗成功的几率，包括：功能肠道菌群重建的好处、疾病近期的好转或者治愈几率，疾病远期的演变，不同疾病和不同亚类疾病的疗效差异，治疗过程中的成功几率，随访过程中的疗效变化。

（补充 _____）

2. 我已经知情：粪菌移植可能存在疾病传染的风险，虽然移植前已经对捐粪者进行严格的医学筛查，但是，可能存在检查不能发现的“窗口期”问题、检查结果错误等可能，还可能存在着不可预知的风险。
3. 我已经知情：粪菌移植及相关诊疗过程中的可能主要风险、并发症，包括：操作过程失败、穿孔、出血、腹腔感染等。如万一发生，同意医生给予相应有益的诊疗处置。
4. 我已经知情：粪菌移植之后，我的疾病可能痊愈、部分有效、再发或者复发。可能需要再次实施粪菌移植治疗。我可以在任何阶段选择放弃。
5. 我已经知情：为了病情的诊疗需要，所述诊疗团队的成员可以实施相关的备选诊疗措施。
6. 我同意并授权 张林（医生姓名）和广东药科大学附属第一医院诊疗团队施行以下可能的方案：经大肠镜、上消化道内镜、中消化道内镜、胃管、空肠管、灌肠、口服含有肠菌液的胶囊、直接口服肠菌液的粪菌移植治疗。
7. 我同意接受的粪菌类型是（请画圈选择）：新鲜粪菌 冻存粪菌。
8. 我同意接受的粪菌来源是（请画圈选择）：亲属 朋友 医生建议的其他健康人。
9. 我同意医院在不涉个人身份信息和隐私的前提下，保存和使用我的粪菌、体液和组织标本用于教学和医学研究。
10. 本知情同意书医患双方各执一份。我已被告知，此文稿产权属院方，不得私自印发和传播。
11. 经充分告知，我已经阅读或者经过亲属阅读并解释以上内容，现签署知情同意书。

病人签名

病人亲属签

医生签名：

时间：2017 年 6 月 5 日

时间：2017 年 6 月 5 日

时间：2017 年 6 月 5 日