

湖州市南浔区人民医院消化内科

内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD知情同意书

疾病介绍和治疗建议

医生已告知我的☐食管☒胃☒结肠☐直肠 患有病变,需要在内镜下进行☒高频电凝切除,☐粘膜切除, ☐粘膜下层膜剥离术治疗。

消化道息肉尤其是腺瘤性息肉、扁平粘膜病变呈腺瘤性改变或非典型增生等是常见的癌前病变,如不治疗,会逐渐生长,并可能发生癌变、溃疡、出血等并发症。为了防治上述病变的进一步发展,可通过内镜下消化道息肉切除或内镜下粘膜切除术(EMR)或内镜下粘膜下层剥离术(ESD)等内镜介入治疗手段达到治疗目的。

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD术可能发生的一些风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术式根据不同病人的情况有所不同,医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何介入治疗都存在风险。
2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用,包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克,甚至危及生命。
3. 我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策:

内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD是内镜介入治疗中比较复杂的技术,有一定的创伤性和危险性,也并不能完全保证实施该项医疗措施的效果。在实施上述医疗措施的过程中/后可能出现下列并发症和风险,但不仅限于:

- 1) 局部损伤: 胃镜检查时咽部损伤,肠镜局部粘膜损伤,或因呕吐出现食管粘膜撕裂。
- 2) 胃镜麻醉药物过敏、误吸等。
- 3) 心脑血管意外发生,极少数患者由于胃镜肠镜检查时恶心、疼痛、不适、情绪紧张等情况下可能出现心律失常、心绞痛、心肌梗死、心力衰竭以及脑出血、脑梗塞等脑血管意外,危及生命,当患者具有较大上述风险或出现上述情况时随时终止操作,并在相应科室配合下给予患者及时治疗和抢救。
- 4) 出血: 切除病变后少数患者可导致出血,可通过局部注射、氩气、钛夹等治疗手段达到治疗或预防目的,不排除极少数患者需要输血、手术止血等治疗手段。
- 5) 穿孔: 极少数患者在操作过程中或操作完成后可发生消化道穿孔,并可能出现腹腔感染、腹膜炎等并发症,甚至危及生命,并可能需要手术治疗。
- 6) 因意外情况或病人特殊情况或其它原因不能完成治疗或不能一次完成治疗,可根据病人情况决定下一步治疗。
- 7) 术后组织病理为癌,并有浸润性,需要外科手术治疗。

湖州市南浔区人民医院消化内科
内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD知情同意书

8) 部分患者治疗前因诊断需要需加做超声内镜检查。

9) 少数患者由于前次检查活检等原因,病变缩小无须电切治疗或病变已自行脱落而无须治疗。

10) 部分病例病变切除后由于之前病理诊断明确无须再次送病理检查或由于客观原因造成切除标本无法取出送病理检查。

11) 胃肠道准备所造成的低血糖、肠梗阻、水电解质紊乱等并发症,可根据具体情况给予相应处理。

12) 如有心脏起搏器患者需要在治疗前调整起搏模式,避免通电时对起搏器功能的影响。

13) 上述并发症严重时,可能延长住院时间,需要重症监护或施以外科手术,并因此增加医疗费用。在极少数情况下,还可能导致永久残疾,甚至死亡。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓、凝血功能障碍等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

5. 我理解术后如果我不遵医嘱,可能影响治疗效果。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情,我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险,一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

● 我的医生已经告知我将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次治疗的相关问题。

● 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。

● 我授权医师对治疗切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理。

患者签名: 签名日期: 2019 年 6 月 14 日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: 与患者关系: 签名日期: 年 月 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名: 和以明 签名日期: 2019 年 6 月 14 日

湖州市南浔区人民医院

胃镜检查知情同意书

姓名



疾病介绍和治疗建议:

医生告知我目前诊断考虑为慢性胃炎,根据你病情诊治的需要,你有必要进行胃镜检查,建议你认真了解以下相关内容并做出是否接受检查的决定。

胃镜检查的适应证:

1、凡有上消化道症状,疑及食管、胃及十二指肠病变,临床需要确诊者。2、原因不明的消化道出血。3、上消化道X线钡餐检查不能确定病变性质者。4、已确诊的上消化道病变如溃疡、慢性胃炎、胃癌前病变等,需胃镜随访复查者。5、怀疑上消化道异物患者。6、有胃癌家族史,需要进行胃镜检查者。7、有其它系统疾病或临床其它发现,需要胃镜检查进行辅助诊断者。

胃镜检查的禁忌证:

(一) 相对禁忌证: 1、心肺功能不全。2、消化道出血患者而血压未平稳者。3、有出血倾向,色素低于50g/L者。4、高度脊柱畸形,巨大食管或十二指肠憩室。

(二) 绝对禁忌证: 1、严重心肺疾患,如严重心律失常、心肌梗塞急性期、重度心力衰竭、哮喘发作期、呼吸衰竭不能平卧等患者。2、疑及休克、消化道穿孔等危重患者。3、严重精神失常不合作的精神病患者(必要时可进行无痛内镜)。4、口腔咽喉急性炎症患者。5、食管、胃急性腐蚀性炎症患者。6、明显的主动脉瘤、脑梗急性期、脑出血患者。7、烈性传染病患者。

胃镜检查潜在风险和对策:

医生告知我如下胃镜检查可能发生的风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同,医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性,在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险,但不仅限于:

(1) 过敏反应、过敏性休克

(2) 咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎

(3) 食道贲门撕裂

(4) 食管胃肠穿孔

(5) 出血

(6) 原有食道胃静脉曲张,诱发大出血

(7) 各种严重心律失常

(8) 急性心肌梗死

(9) 脑血管病

(10) 下颌关节脱臼

(11) 除上述情况外,该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项。

2. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

湖州市南浔区人民医院

胃镜检查知情同意书

姓名

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情,我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险,一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

医疗替代方案:

除了上述治疗方法以外,还可以采取彩超、钡餐等方法替代可供患者和患方选择,后者虽对疾病的治疗有一定的帮助,但是还存在漏诊误诊的不足,请患者和患方对这些治疗方案进行选择
患者知情选择

●我的医生已经告知我将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次检查的相关问题。

●我同意在检查中医生可以根据我的病情对预定的检查方式做出调整。

●我理解我的检查需要多位医生共同进行。

●我并未得到检查百分之百成功的许诺。

●我授权医师对切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名_____ 签名日期 2019 年 6 月 24 日 9 时 15 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名_____ 与患者关系_____ 签名日期_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时 _____ 分

医生陈述

我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医生签名 王明 签名日期 2019 年 6 月 24 日 9 时 15 分