

# 北京协和医院

## 手术/操作/特殊治疗知情同意书

病案号

姓名:

科室: 消化内科

### 一、病情及所需手术/操作/特殊治疗 医生已解释如下病情(诊断):

克罗恩病

### 上述情况需如下手术/操作/特殊治疗: 结肠镜

### 二、手术/操作/特殊治疗风险 上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

鉴于患者所患疾病,需实施结肠镜检查,但本项手术(操作)是一种创伤性医疗手段,存在一定的医疗风险。特此郑重向患者或家属告知,施行本项手术(操作)的术中或术后可能发生的意外情况和并发症,个别情况下可出现以下并发症:

- ① 麻醉意外;
- ② 出血;
- ③ 胃肠穿孔;
- ④ 心脑血管栓塞事件;
- ⑤ 感染;
- ⑥ 心率加重、心律失常、心跳骤停;
- ⑦ 其他不可预知风险。

内镜检查过程中,医师将依据病变需要采取组织活检,仅极少数病人有可能发生活检后出血。但是,大多数病人都能自行止血,个别情况下会大出血或穿孔危及生命。

结肠镜检查及相关治疗过程中,我们会按规定小心谨慎操作,但即便医务人员操作正确无误,仍有可能出现各种意想不到的并发症,我们会按规定及时处理,但因并发症及所有意外情况而产生的一切医疗费用仍需您全部自行承担。

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：  
保守治疗或其他

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：  
无法充分评估病情

四、医生声明

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况：

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗及其风险
- 相关替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题
- 我认为患者本人/近亲属/代理人已了解上述信息，并依据相关法律法规签署同意书

刘而强

(医生签名)

2019.3.1

(医生日期)

五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容：

- 医生已向或解释手术/操作/特殊治疗相关内容。
- 我已了解手术/操作/特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险/并发症带来的后果。
- 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 我了解手术/操作/特殊治疗过程中出现针刺创伤时，可能会抽取患者血液进行特殊化验。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且无保留。
- 我确认本人具备合法资格签署同意书。
- 我已了解术中可能取出器官或标本将由院方处理。
- 医生已解释替代治疗方案及其风险。
- 医生已解释患者术后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
- 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
- 医生已向或充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者获易出现的风险。
- 我了解术中可能留存影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。
- 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

同意

(请与姓氏上抄写：同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2019.3.1

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

(请与姓氏上抄写：拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)