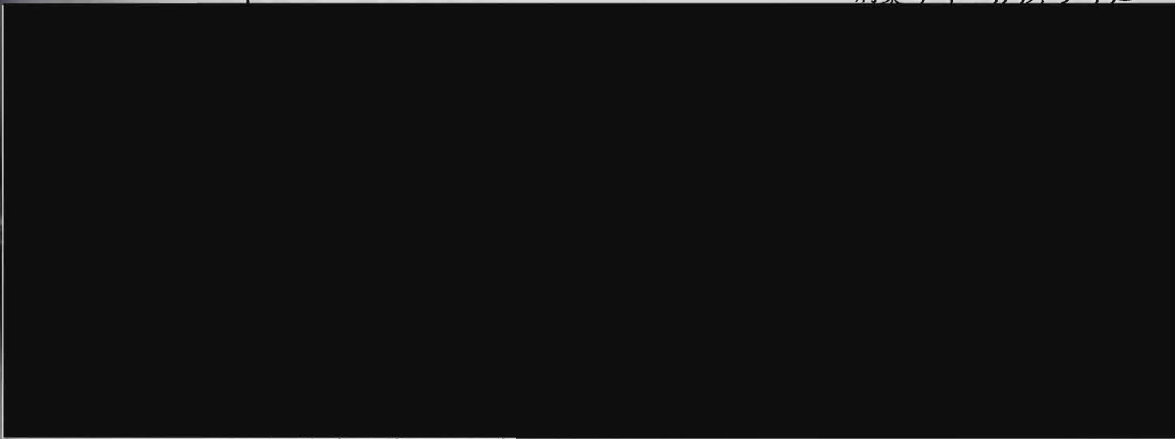


umch.lo

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

病案号 C9.6385



上述情况需如下手术/操作/特殊治疗:

三腔营养管置入术

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:

- 1、心、脑血管意外。
- 2、药物过敏反应，麻醉意外。
- 3、置管困难，手术失败。
- 4、鼻咽部粘膜损伤，出血。
- 5、误入气管，气管支气管粘膜损伤、出血引起窒息死亡，气管穿孔。
- 6、喉部、气管痉挛引起窒息、死亡。
- 7、周围器官、血管、神经损伤。
- 8、胃肠道粘膜损伤、穿孔。
- 9、胃肠道出血，呕血甚至窒息，极少情况下有生命危险。
- 10、其它罕见并发症。
- 11、极少数情况下有生命危险。
- 12、本项操作所需费用及术中相关一次性耗材费用如果不能报销在我院按自费处理。

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：

静脉营养

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

感染

营养不良

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，并将依据相关法律规定签署同意书

王飞

(医生签名)

2018.10.16

(签字日期)

五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容：

- 医生已向我解释手术/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。
- 我了解当手术/操作/特殊治疗过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 我已了解术中所取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。
- 医生已解释患者预后及不进行该手术/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。
- 医生已向我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，包括本患者最易出现的风险。
- 我了解术中可能留取影像资料，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

(王飞)

(请与横线上抄写：同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(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

(请与横线上抄写：拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

16

北京协和医院

麻醉知情同意书

| | |
|------|--|
| 病人姓名 |  |
| 术前诊断 | |
| 拟行手术 | |
| 麻醉方式 | |

麻醉可能出现的问题：

1. 心、脑血管意外；
2. 过敏反应；
3. 误吸、插管损伤，包括牙齿脱落、环杓关节脱位等；
4. 神经损伤、硬脊膜穿破后头痛，可能需要更改麻醉方式等；
5. 麻醉苏醒延迟，个别病人可能需要呼吸机支持；
6. 因病情需要实施有创监测所引起的并发症；
7. 其它：

是否同意使用自费药物和用品：(✓)

1. 氟比洛芬酯（凯芬）、帕瑞昔布（特耐）；
2. 丙泊酚中/长链脂肪乳注射液（竟安）；
3. 昂丹司琼（欧贝）、格拉司琼（枢星）；
4. 利多卡因凝胶；
5. 瑞芬太尼（瑞捷）；
6. 其它：

是否同意根据病情进行有创监测和操作：(✓)

1. 动脉/中心静脉穿刺置管测压；
2. 肺动脉导管监测；
3. 术中超声监测（TEE）
4. 有创心输出量监测；
5. 术中纤维支气管镜；
6. 紧急气道抢救措施；
7. 其它：

是否同意术后镇痛（镇痛泵属自费项目）(X)

我对麻醉医生所介绍的麻醉方式、麻醉用药等相关情况已经清楚，并对本次麻醉的必要性、可能发生的危险及并发症充分了解。同时，也充分了解有权拒绝使用自费药物、用品，以及必要时可能进行的有创监测，并且已知可能因此而导致治疗延误、病情加重或恶化等后果。我能够理解可能发生的麻醉并发症，同意施行此次麻醉。

病人签字

麻醉医生签字：

于春中

2018 年 月 日

结肠镜)及相关治疗。现有必要将检查过程中的相关注意事项向您说明:

1. 胃镜检查过程中可能会引起恶心、呕吐、腹胀及腹痛等不适,但绝大多数患者都能顺利完成检查。但因消化道的解剖个体差异或疾病累及以及患者对疼痛的敏感性不同,少部分患者可能无法顺利完成检查。
2. 胃镜检查前需禁食至少 8 小时。检查过程中,个别患者有可能发生心脑血管意外,尤其是有心脏病史(如房颤、冠心病等)、脑血管病史(如脑梗、脑出血、短暂性脑缺血等)及高血压病史的患者。检查前请停用抗凝或抗血小板药物一周(如阿司匹林、氯吡格雷、华法令等)。
3. 鉴于受检查患者的消化道情况可能处于疾病状态,上述内镜检查,特别是进行内镜治疗过程中偶有导致消化道穿孔的可能,有系统性疾病、肿瘤患者及老年人风险高。
4. 检查过程中,有可能发生消化道大出血,特别是食管胃底静脉曲张的患者,此时可能需要进行内镜下止血或手术治疗。
5. 检查过程中,操作医师会根据病情需要进行组织活检,可能会有少量出血,一般情况下会自行止血,少数可能需要内镜下止血,严重者可能需要手术等治疗。
6. 检查过程中,操作医师会根据病情需要进行内镜下治疗(如高频电切息肉/肿瘤切除术、黏膜切除术、异物取出术、止血治疗、氩气刀治疗等),操作过程中及之后有可能出现出血、穿孔、溃疡及感染等并发症,或其他难以预见的意外,需要根据情况进行相关治疗。
7. 内镜诊疗后如有特别不适(如持续头晕、腹痛或呕血、黑便等),请及时来医院急诊就诊,以免延误您的病情。
8. 组织活检、内镜下各种治疗及一次性耗材(如注射针、止血夹、套扎器等),需按规定另行收费。为了不延误您的治疗,请提前准备好诊治费用。
9. 无痛内镜有可能出现麻醉相关并发症。请麻醉科医师进行麻醉风险评估。检查时必须有家属陪同,检查后不能自行驾车离开。

检查及相关治疗过程中,我们会按医疗常规谨慎操作。但即便医务人员操作正确无误,仍有可能出现上述及其他各种难以预料的并发症,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。请您仔细阅读以上说明,如知情并要求检查,请签署您的意见并签字(本人、家属或法定代理人)。

患方意见:我已认真阅读并理解上述内容 (同意/不同意) 检查。

签字:
日期: