



四川大学华西医院资阳医院·资阳市第一人民医院

胃镜检查须知

您好！请检查当日持同意书到医技楼 4 楼内镜室候诊大厅等待检查！

请提前扫描下方二维码，收看检查视频宣教：



胃镜检查健康指导

注意事项，请仔细阅读！咨询电话：13388308210（周一至周五8:00——17:00拨打）

1. 上午行胃镜检查的患者当日早晨禁食、禁饮，高血压患者检查前 3 小时可服用降压药，建议不服用其他药物，保持空腹状态。
2. 下午行胃镜检查的患者，于当日早晨 8 点前可饮少量豆浆或米汤等流质，8 点后禁食、禁饮。
3. 行无痛胃镜检查的患者于检查前 8 小时禁食、4 小时禁饮。服用利血平的患者术前请停药 7 天，必要时遵专科医嘱。检查当日须有家属陪同，穿平跟鞋，着宽松衣裤，女性患者去除有色指甲油和口红。假牙、眼镜及贵重物品请交家属或自行妥善保管。当日禁止开车、做重要决定及精细化行为。
4. 如有药物过敏史请务必告诉医生或护士，并在横线处书写药名：_____。
5. 如正在长期服用抗凝药物请务必告诉医生或护士，并在相应 ☐ 内打 ☒ 或在横线处书写药名：☐ 阿司匹林、☐ 华法林、☐ 波利维、☐ 其他抗凝药：_____。通常，检查前抗凝药物须停止服用时间：阿司匹林停 1-2 天、华法林停 3-5 天、波立维停 1 周、肝素停 8 小时、非类固醇消炎药停 48 小时以上等，特殊情况请遵专科医嘱。
6. 检查时带相关检查结果等资料以备参考。
7. 如同一天有胃镜和腹部 B 超检查，请先做 B 超，再做胃镜。
8. 检查后 30 分钟，可进低温流质饮食：取了病理活检的患者须在 2 小时后方可进食低温流质饮食。
9. 检查后到候诊大厅等待取报告。（住院患者无需等待，由中央运输统一取报告。）
10. 如有特殊情况不能按时前来，请提前持本通知单到内镜室预约台办理退费或另行预约。



胃镜检查知情同意书

(请将患者信息填写完整, 务必签字)

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 74	住院号/门诊号: 206813	预约号:
预约时间: 2019年5月8日 星期 二			上午 <input checked="" type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 无痛 <input type="checkbox"/> 普通

根据不同患者的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容。

1. 我理解该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) 腹痛 (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) 下颌关节脱臼

(7) 各种严重心律失常、急性心肌梗死、心衰、呼吸心跳骤停等心脑血管意外及并发症。

(8) 诱发原有疾病加重或恶化, 如原有食道胃静脉曲张、消化溃疡等可能诱发大出血。

(9) 如检查过程中需要取病理标本, 存在不能取到病变组织的可能, 或因病理组织太小, 无法制作病理切片的可能。

(10) 麻醉药物过敏, 严重者可能导致死亡。

(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事项, 如:

- 1) 因病灶或患者健康原因, 终止检查。
- 2) 检查后仍有可能不能明确诊断, 需再次检查。
- 3) 检查仍有误诊、漏诊可能。

2. 我理解并要求医生在检查中根据病情进行活检、止血等处理。我理解一次性活检钳或止血处理及用物将另行收费。

3. 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。

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

● 医务人员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。

● 一旦发生上述风险, 我授权医生根据情况决定抢救诊疗方案, 并同意支付所发生的诊疗抢救费用。

我已经认真阅读并理解《四川大学华西医院资阳医院·资阳市第一人民医院消化内镜室胃镜检查须知》及《四川大学华西医院资阳医院·资阳市第一人民医院消化内镜室胃镜检查知情同意书》相关内容, ☒ 同意 ☐ 不同意 进行检查。

患者签名 [REDACTED] 电话号码 [REDACTED] 签名日期 2019年5月28日

如果患者无法或不愿签署知情同意书, 请其近亲属或委托代理人在此签名:

近亲属或委托代理人 _____ 与患者关系 _____

电话号码 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医务人员陈述

我已告知患方的病情、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患方关于此次检查的相关问题。

医务人员签名 [REDACTED] 签名日期 2019年5月28日