

青岛大学附属医院

结肠镜知情同意书

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 78岁	住院号: [REDACTED]	登记号: [REDACTED]	日期: 2016-08-02
科室: 消化内科	床号: 18	诊断: 消化道出血 淋巴肉瘤术后 结肠癌术后 胆囊切除术后			

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我可能患有 消化道出血, 根据病情诊治的需要, 我有必要进行肠镜检查, 医生建议我真了解以下相关内容并做出是否接受检查的决定。

肠镜检查的适应证:

1、有腹泻、腹痛、贫血、腹部包块等症状、体征而原因不明者。2、原因不明的消化道出血。3、钡剂灌肠或其它检查不能确定肠道病变性质者。4、已确诊的肠道病变如炎症性肠病、结肠息肉、结肠癌术后等需定期随访复查者。5、有结肠癌家族史, 需要进行肠镜检查者。6、有其它系统疾病或临床其它发现, 需要肠镜检查进行辅助诊断者。

肠镜检查的禁忌证:

1、相对禁忌证: (1)心肺功能不全。(2)消化道出血患者而生命体征未平稳者。(3)有出血倾向, 血红蛋白低于50g/L者。(4)高度脊柱畸形患者。
2、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、肠坏死等危重患者。(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)巨大腹主动脉瘤、脑梗急性期、脑出血患者。(5)烈性传染病患者。

检查存在风险和对策:

医生已告知我如下肠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及其他特殊问题。

1. 我理解任何操作麻醉都存在风险。
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. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策:

- | | |
|-----------------------|-------------|
| (1) 出血 | (2) 穿孔 |
| (3) 各种严重心律失常 | (4) 急性心肌梗死 |
| (5) 脑血管病 | (6) 虚脱、低血糖 |
| (7) 在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱 | (8) 原有肠梗阻加重 |

(9) 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, 如:

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。

5. 我理解术中可能需要使用自费材料, 并同意使用。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

医生陈述:

我已告知患者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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

检查操作医师为: 赵清喜

经治医师签名: 刘艺

青岛大学附属医院
结肠镜知情同意书

姓名: [REDACTED]	性别: 男	年龄: 78岁	住院号: [REDACTED]	登记号: [REDACTED]	日期: 2016-08-02
签署日期: 2016年8月2日 09:28:59					
<p>患者知情选择:</p> <p>医师已经告知我将要进行的检查或治疗方式、此次检查或治疗及检查或治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他检查治疗方法并且解答了我关于此次检查治疗的相关问题。我同意将要进行的检查或治疗方式并同意在检查治疗中医师可以根据病情对预定的检查治疗方式作出调整。我授权医师对检查或治疗的病变器官、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。我理解我的检查或治疗需要多位医师共同进行。我并未得到检查百分之百成功的许诺。</p> <p>患者签名: [REDACTED]</p> <p>如果患者无法签署,请其授权委托人或法定监护人签名: [REDACTED]</p> <p>与患者关系: [REDACTED] 签署日期: 2016年8月2日 09:28:59</p>					

青岛大学附属医院
授权委托书

登记号
住院号

姓名

患者姓名： 性别： 男 年龄： 78岁 入院日期： 2016-06-02

委托人（患者本人）： 性别： 男 年龄： 78岁

有效证件号码： 住址： 山东省青岛市市南区天台二路4号701户

受托人： 受托人性别 男 受托人年龄 51

受托人电话： 与患者关系： 父子

有效证件号码： 地址： -

本人于 年 月 日因病住院。本人在住院期间，有关病情的告知以及在诊断治疗过程中需要签署的一切知情同意书，本人郑重委托由 作为我的代理人，代为行使住院期间的知情同意权利，并履行相应的签字手续，全权代表本人签字，被委托人的签字视同本人的签字。

委托人签署同意书后所产生的后果，由患者本人承担。

患者签名：

2016年6月2日 11:58:35

受托人签名：

2016年6月2日 11:58:35