

川北医学院附属医院

内镜下消化道粘膜下肿物挖除（ESE）治疗知情同意书

患者姓名		性别		年龄		住院号	
病区		门诊		床号		ID 号:	

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，经目前检查考虑为 但具体性质目前并未明了。消化道粘膜下层的病变如类癌或间质瘤、平滑肌瘤、异位胰腺等病变可通过内镜介入治疗手段达到诊断与治疗目的；目前可选择：1.观察随访；2.内镜下挖除；3.外科手术。

经我与家属商议后我们选择经内镜下胃粘膜下肿物挖除。

手术潜在风险和对策

医生告知我如下内镜下粘膜下病变挖除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。

内镜粘膜下病变挖除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，局部粘膜损伤，或因呕吐出现食管粘膜撕裂。
- 2) 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，多数可经内镜下修补愈合，但可能出现腹腔感染、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) 术后组织病理为恶性肿瘤，并有浸润性，需要外科手术治疗。
- 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) 部分病例可能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。
- 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 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等。

患者签名_____

签名日期_____年____月____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



签名日期 2020年 月 日

