

宁波大学医学院附属医院

消化道癌前病变、息肉内镜下治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 科室: 消化内科 床号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

- 8) 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。
- 9) 部分病例病变切除后由于之前病理诊断明确无须再次送病理检查或由于客观原因造成切除标本无法取出送病理检查。
- 10) 术后组织病理为癌, 并有浸润性, 需要追加外科手术治疗。
- 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, 还可能导致永久致残, 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。

6. 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、可能存在的其他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。

我了解有替代治疗方案: 1、医学观察; 2、外科手术治疗。

我选择: 内镜治疗。

患方意见: 同意内镜治疗

患者签名: [REDACTED] 签名日期: 2020年12月18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、可能存在的其他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: [REDACTED] 签名日期: 2020年12月18日