

四川大学华西医院消化内镜中心
侵入性检查/治疗知情同意书

患者姓名	性别	年龄	住院号
------	----	----	-----

疾病介绍、治疗建议及检查/治疗潜在风险

目前诊断

根据患者的病情，需要进行 检查/治疗。这是一种常用的、有助于诊断/治疗手段，但由于其具有侵入性的特点、患者具有个体差异及某些不可预料的因素，可能伴有包括麻醉意外风险、疼痛、出血、感染、穿孔等风险及背面第 条中所述的并发症、创伤等风险及其他不可预见或无法防范的不良后果，故医师不能保证该检查/治疗方法的绝对效果和安全性，检查/治疗中、检查/治疗后出现严重并发症者可能导致死亡。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现以下特殊并发症或风险：

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的检查/治疗方式、该检查/治疗及以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该检查/治疗的相关问题。
- 我同意在检查/治疗中医生可以根据我的病情对预定的检查/治疗方式做出调整，并承担所产生的医疗费用。
- 我理解我的检查/治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到检查/治疗百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对手术切除的病变器官、组织或采取的血液等标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理，以及用于教学、科学研究等。
- 我理解内镜治疗对小息肉的处理过程中无法留取活检标本的可能。

患者签名 签名日期 年 月 日

如果患者无法或不宜签署该知情同意书，请其授权的代理人或近亲属在此签名：

患者授权的代理人或近亲属签名 与患者关系 签名日期 年 月 日

联系电话：

医生陈述

我已经告知患者将要进行的检查/治疗方式、该检查/治疗及以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该检查/治疗的相关问题。

医生签名 签名日期 年 月 日