

山东大学齐鲁医院（青岛）

胃镜检查知情同意书

患者姓名： 性别： 年龄： 病历号：

联系电话：

疾病介绍和治疗建议

医生告知我目前诊断考虑为_____，根据你病情诊治的需要，你有必要进行胃镜检查，建议你认真了解以下内容并做出是否接受检查的决定。

胃镜检查的适应证：

1. 凡有上消化道症状，疑及食管、胃及十二指肠病变，临床需要确诊者。
2. 原因不明的消化道出血。
3. 上消化道X线钡餐检查不能确定病变性质者。
4. 已确诊的上消化道病变如溃疡、慢性胃炎、胃癌前病变等，需胃镜随访复查者。
5. 怀疑上消化道异物患者。
6. 有胃癌家族史，需要进行胃镜检查者。
7. 有其它系统疾病或临床其它发现，需要胃镜检查进行辅助诊断者。

胃镜检查的禁忌证：

（一）相对禁忌证：

1. 心肺功能不全。
2. 消化道出血患者而血压未平稳者。
3. 有出血倾向，血色素低于70g/L者。
4. 高度脊柱畸形，巨大食管或十二指肠憩室。

（二）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. 疑有休克、消化道穿孔等危重患者。
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. 口腔咽喉急性炎症患者。
5. 食管、胃急性腐蚀性炎症患者。
6. 明显的主动脉瘤、脑梗急性期、脑出血患者。
7. 烈性、急性传染病患者。

胃镜检查潜在风险和对策

医生告知我如下胃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，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项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) 过敏反应、过敏性休克；
- 2) 咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎；
- 3) 食管贲门撕裂；
- 4) 食管胃肠穿孔；
- 5) 出血；

山东大学齐鲁医院（青岛）
胃镜检查知情同意书

- 6) 原有食管胃静脉曲张，诱发大出血；
- 7) 各种严重心律失常；
- 8) 急性心肌梗死；
- 9) 脑血管病；
- 10) 下颌关节脱臼；
- 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醒患者及家属特别注意的其它事项，如：

2. 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。

医生陈述

我已告知患者要进行的检查方式，此次检查及术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。

医师签名：

签名日期：

患者知情选择

- 我的医生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，可能存在的其他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的共同进行。
- 我并未得到检查百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对活检的病变器官、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。

可替代诊疗方案：

☐ 上消化道钡餐透视

☐ CT

☐ 其他

患者签名：

签名日期：

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

授权患者亲属签名： 与患者关系： 签名日期：