

## 胶囊内镜知情同意书

姓名：\_\_\_\_\_性别：\_\_\_\_\_年龄：\_\_\_\_\_病区-床号：\_\_\_\_\_住院号：\_\_\_\_\_

### 医生告知内容

#### 一、疾病介绍和医疗建议

**【目前诊断】**患者目前被诊断为\_\_\_\_\_

**【诊断依据】**\_\_\_\_\_

**【医疗建议】**建议患者在完全清醒状态下行胶囊内镜检查

**【适应症和禁忌症】**患者此时行该检查

有适应症\_\_\_\_\_

无禁忌症：禁忌症：1.处于休克等危重状态者。2.疑有胃肠穿孔或梗阻者。3.不合作的精神病患者或严重智力障碍者。4.口腔、咽喉、食管及胃部的急性炎症，特别是腐蚀性炎症。5.巨大食管憩室、明显的食管静脉曲张或者高位食管癌、高度脊柱弯曲畸形者、食管重度狭窄。6.安装有心脏起搏器者。7.

妊娠期

**【检查的必要性】**\_\_\_\_\_

**【检查目的】**\_\_\_\_\_

**【检查方式简介】**通过口服胶囊内镜（内置摄像与信号传输装置），借助磁场控制和消化道的蠕动使之在消化道内运动并拍摄图像，医生利用体外的图像记录仪和影像工作站，了解受检者消化道情况。检查方便无痛苦、无创伤、无导线、无交叉感染、不影响患者的正常工作，是消化道疾病尤其是胃和小肠疾病诊断的重要方法。

#### 二、检查潜在风险、并发症及对策

**【潜在风险和并发症】**在完全清醒状态下行胶囊内镜检查可能会发生以下风险和并发症：

1.可能会造成以下风险：

(1) 高分子材料过敏。检查前肠道准备，服导泻药后发生水、电解质、血糖紊乱。

(2) 必要时，需要借助胃镜将胶囊送入小肠，胃镜费用自理。

(3) 先天性消化道畸形、小肠憩室、肠瘘等，可能引发肠道梗阻使胶囊不能顺利排出体址，属于疾病本身原因引起的不良后果。这种情况为治疗原发疾病需要进行外科手术，发生此种情况时患者承担医疗费用。

(4) 受检查设备、患者体质等因素影响，该项检查可能无法完成，或有可能需要重做或再做进一步检查治疗，也有可能检查治疗后仍无法作出明确诊断。

(5) 其它目前无法预计的风险和并发症。

**【对策】**1.医务人员保持高度注意义务，严格遵守诊疗护理常规。

2.针对上述潜在风险和并发症，做好相应的救治准备措施。

#### 三、检查后后主要注意事项

**【注意事项】**

1. 注意观察胶囊是否排出。

2.若检查结束后7天观察胶囊仍未排出，可至消化内镜中心检测胶囊是否排出。

#### 四、相关替代方案及其优缺点

**【替代方案】**针对该类疾病，目前还有以下替代医疗方案：

1.消化道造影检查优点：口服造影剂，相对经济，风险小。缺点：只能间接了解消化道情况，无法看清具体肠道病变

2.小肠镜+胃镜检查优点：当发现病变时，能看清病变情况，且能取病理组织活检。缺点：痛苦大，且费用较胶囊内镜昂贵。

3.其他：\_\_\_\_\_

#### 五、高值/自费医用耗材

检查中可能使用的高值/自费医用耗材有：\_\_\_\_\_

总费用约为\_\_\_\_\_元（费用承担方式：1.全部自费;2.部分自费，按医保公医办等规定执行;3.拒绝）。

我选择按上述第\_\_\_\_\_种方式承担高值/自费医用耗材

### 患方意见及确认

1 前述内容医生已向我作了通俗、充分的告知，我也已就相关问题向医生进行了必要的咨询并获得理解。

2. 我同意为了我的利益，医生可根据检查过程中的实际情况对预定的手术方式作出变更甚至终止检查。

3. 上述第五项"高值/自费医用耗材"条款为独立条款，不影响其他条款效力。

我\_\_\_\_\_（填“接受/拒绝”）胶囊内镜检查

确认人签名：\_\_\_\_\_与患者关系：\_\_\_\_\_

证件类型：\_\_\_\_\_证件号码：\_\_\_\_\_

签字时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

谈话医生签名：\_\_\_\_\_签字日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

备注：如果患者本人近亲属/代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。