医学院附属第一医院

省 第 一 医 院

镜诊疗知情同意书

姓名 [redacted] 性别 [redacted] 年龄 [redacted] 病历号 [redacted]

预约日期：2021-12-30 排队号：[redacted]

请在预约日期的时间段到内镜中心（门诊3楼东区）等候

患者 [redacted]

1. 您有权知道消化内镜诊疗的性质和目的、存在的风险、预期效果及对人体的影响，在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行消化内镜诊疗。在消化内镜诊疗实施前的任何时间，您都有权接受或拒绝本次操作。

2. 拟施行的内镜诊疗：□普通胃镜 □无痛胃镜 □普通肠镜 □无痛肠镜 □ERCP □双气囊小肠镜 □十二指肠镜 □超声内镜或超声内镜下穿刺 □内镜下介入治疗

您的操作医生是 [redacted]

3. 医生会给您解释：

3.1 消化内镜检查目的：明确诊断，评估病情，或治疗疾病。

3.2 告诉可能伴随的不适、并发症或风险：

□心、脑、肺意外的可能，如心律失常、心梗；脑出血、脑梗塞；若组织胶治疗可导致肺栓塞等；术中及术后消化道出血、穿孔、瘘；腹胀、腹痛、胸痛；低血糖；

□咽喉部损伤、贲门黏膜撕裂、下颌关节脱臼；返流致窒息、吸入性肺炎、继发感染；牙齿损伤或脱落；

□麻醉意外，药物过敏、水中毒、及毒副反应所致的意外情况；

□诱发或加重肛周疾病如：痔、肛瘘、肛裂；

□术中及术后胸腹腔出血、感染；皮下气肿；术后消化道溃疡、狭窄；

□内镜切除后恶性肿瘤残端或非治愈性切除，则需追加外科手术可能；

□穿刺病灶化脓性感染；脓瘘、脓腺囊性囊肿；胆瘘；肿瘤破裂引起播散；

□ERCP后重症胰腺炎；支架堵塞、移位、脱落；胆总管结石无法取净；需多次取石可能；

□因疾病或个体差异，少数手术可能无法完成或疗效不佳；术后复发；术中因病情变化更改手术方案可能；术中及术后可能需要开胸或开腹手术；

3.3 针对上述情况将采取的防范措施

根据现代医疗规范，采取及时、有效、科学的防范措施，最大限度地保护病人安全，使诊疗过程顺利完成。

3.4 可供选择的其它诊疗方法：□放射影像学检查 □其它内镜检查方法 □其它

3.5 您的选择是：☑接受 □拒绝（上述"2拟施行的内镜诊疗"）

4. 您签字后表明您已授权内镜医生对在手术/操作中取下的相关组织进行必要的医学处置和科学研究，表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片（有可能将其发表）作为医疗和教学之用。

您以下的签名表示：

①您已阅读并理解、同意前面所述的内容；

②您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释；

③您授权并同意医生为您施行消化内镜检查/操作。

[redacted]

[redacted]

[redacted]