

消化内科微创诊疗知情同意书

姓名	性别	年龄	科室	住院号
----	----	----	----	-----

初步诊断: 内痔

疾病介绍和治疗建议:
医生告知我根据病情诊治的需要,我有必要实施肠镜下透明帽辅助硬化剂治疗,并建议我认真了解以下相关内容并决定是否接受诊治。

肠镜下透明帽辅助硬化剂治疗潜在风险和对策:
医生告知我该诊疗技术有一定创伤性和危险性,在实施过程中/后可能会出现以下并发症和(或)意外情况(有些不常见的风险可能没有在此列出),一旦发生可能会加重病情及增加费用,针对以下风险及意外,医生会采取相应积极应对措施。请患者本人及家属认真阅读,确知详情后签字确认,以表示理解和同意实施。

可能发生的并发症和意外情况:

1. 器械致器官损伤如插伤、胃肠道穿孔、出血等	2. 麻醉意外
3. 窒息、低氧血症	4. 心脑血管意外
5. 术后疼痛	6. 术后排便异常
7. 血栓形成	8. 局部粘膜损伤、坏死
9. 感染	10. 治疗效果不满意

替代方案: ☐局部药物治疗 ☐其他微创治疗 ☐外科手术 ☐其他: _____

除上述情况外,该医疗措施在实施过程中/后可能发生其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项,如: _____
一旦发生上述风险意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择:
●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解答了我关于此次治疗的相关问题。
●我同意在诊治中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
●我理解我的诊治需要多位医生共同进行。
●我并未得到诊治百分之百成功的许诺。

患者签名: _____ 签名日期: _____ 联系电话: _____

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

联系电话: _____ 医生签名: _____ 签名日期: _____