



内镜下消化道异物取出知情同意书

患者 刘雅涵 因病住 消化内病区 病区 060 床，

现诊断（拟诊）为（☐食管 ☒胃 ☐十二指肠 ☐结肠直肠）内异物。

建议行内镜下消化道异物取出术。

现将检查（治疗）的目的、可能出现的并发症及风险向患者或亲属说明：

一、检查（治疗）的目的：

内镜下取出（☐食管 ☐胃 ☒十二指肠 ☐结肠直肠）内异物，避免异物致消化道穿孔及出血。

二、可能出现的风险及并发症：

1. 咽部损伤、感染、吸入性肺炎、窒息
2. 食管及胃肠穿孔、出血、感染
3. 食管贲门粘膜撕裂
4. 各种严重心律失常及心脑血管意外。
5. 下颌关节脱臼。
6. 异物取出失败或大出血，可能需要外科手术治疗。
7. 其他难以预料的情况。

经治医师签名：

签名日期：2020 年 08 月 25 日

手术医生签名：

签名日期：2020 年 8 月 25 日

医生已将上述情况向患者或代理人说明，并同意手术治疗。

患者本人或代理人：

或代理人：与患者的关系：

或单位：职务： 工作单位：

签名日期：2020 年 8 月 25 日

注：除患者不具备完全民事行为能力外，不是患者本人签名者必须先签署授权委托书，由委托书上患者指定的代理人签名。