

病 历

姓名

病区

床号

住院号

ID 号

陆军军医大学第一附属医院(西南医院) 内镜下胃间质瘤切除/EMR/ESD/STER/EFR 知情同意书

患者姓名:

性别:

年龄:

科室及病区:

床号:

ID 号:

尊敬的患者、患者家属、授权委托人:

您好!患者现患有疾病: 胃间质瘤, 根据目前病情可选择以下治疗方案:

1. 内镜下胃间质瘤切除/EMR/ESD/STER/EFR等
2. 保守治疗
3. 外科治疗
4. 拒绝治疗

在向患方说明各治疗方案并告知利弊后, 患方基于当前病情需要, 经慎重考虑, 自愿选择行 内镜下胃间质瘤切除/EMR/ESD 治疗。

就患方选择的治疗方案, 特告知可能出现以下一些风险或意外情况, 但不常规的风险可能没有在此完全列出:

1. 术后恶心呕吐, 腹胀腹痛及胸痛, 发热等。
2. 突发心、脑血管疾病危及生命。
3. 术中术后出血, 甚至窒息、危及生命。
4. 术后感染导致腹膜炎及肺部感染。
5. 术中消化道严重出血、穿孔, 需转ICU甚至需外科手术治疗
6. 术中因病变较小, 有可能再次行胃/肠镜时无法找到;
7. 因病变巨大, 不能完全切除, 需分次切除;
8. 术中因出现不可预测情况, 可能导致手术中断;
9. 术后病理报告病变残留, 需行再次内镜下手术或外科手术切除治疗, 甚至需术后辅助放化疗;
10. 其他无法预料的意外情况。

我们在诊治过程中将尽力预防以上风险或意外情况的发生, 但就目前的医疗科学水平尚不能完全避免上述情况。一旦发生上述风险或意外情况, 我们将会采取积极应对措施, 但可能导致实际费用较预计费用明显增加, 医保病人会使用非医保类药物或材料, 需要病人自付。

告知人签名: _____ 签名日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患方意见:

1. 医务人员已告知我所选择的 胃间质瘤 治疗可能发生的风险和意外情况, 且解答了我关于此次手术/治疗措施的相关问题;
2. 我理解任何手术/治疗都存在风险, 我自愿承担因手术带来的不良后果。
3. 我同意在诊治中医生可以根据我的病情预定的诊治方式做出调整。
4. 我理解我的经管医生会尽力积极治疗, 但未许诺诊治百分之百成功。

陆军军医大学第一附属医院(西南医院)

病 历

姓名	病区	床 号	住院号	ID 号
5. 我授权医师对诊治切除的病变器官、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； 6. 我明白我签署此知情同意书是告知我病情，我明白我签署同意书并非意味着我放弃我的合法权益，不意味着医院免责。 患者签名：_____ 患者家属或受托人签名：_____ 与患者关系：_____ 患者无法签名的原因：_____ 签 字 日 期：_____ 年 月 日				