



一般项目	姓名	性别	男	年龄	35岁	科室	消化内科
	病区	消化内科(二)病房		床号		住院号	
医师报告	【治疗前诊断】1. 胃体底静脉曲张						
	【拟行治疗名称】 超声胃镜引导下胃底静脉曲张栓塞术						
	【治疗目的】						
	☐ 缓解胃底静脉曲张，降低胃底静脉曲张引起消化道出血风险。						
	☐						
	【不治疗可能发生的后果】						
	☐ 因胃底静脉曲张引起消化道出血风险。						
	☐						
	【替代医疗方案】（除上述方案外，根据患者的病情，目前我院还有以下替代医疗方案）： 药物治疗及外科手术。						
	☐						
【治疗方案选择】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 超声胃镜引导下胃底静脉曲张栓塞术。							
【就患方选择的医疗方案术中或术后可能出现的并发症、手术风险及其他情况】							
1、任何手术及麻醉都存在风险，甚至危及生命。							
2、							
☐ 粘合剂注射后致重要脏器如脑、肺等栓塞，致患者于术中或术后死亡。							
☐ 术中大出血涌向呼吸道导致患者窒息死亡；							
☐ 术中消化道粘膜损伤、出血、穿孔和感染；							
☐ 术后出现胸骨后疼痛、胸闷和腹痛；							
☐ 术后大出血致患者突然死亡；							
☐ 术中心跳、呼吸骤停、脑血管意外致患者死亡；							
☐ 手术失败；							
☐ 咽喉部擦伤、下颌关节脱位、吸入性肺炎。							
☐ 消化道出血、穿孔和感染。							
☐ 对麻醉药品过敏产生过敏性休克。							
☐ 心跳、呼吸骤停致患者死亡。							
☐ 心脑血管意外。							
3、其它目前无法预计的风险和并发症							
4、患者自身存在的高危因素及可能出现的特殊并发症或风险							
(1) 患有 ☒ 高血压 ☐ 心脏病 ☐ 糖尿病 ☐ 肾功能不全 ☐ 静脉曲张等 ☐ 有吸烟史 ☐ 等，以上							

	风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。 ☐ (2) _____ 5、鉴于检查设备、条件、位置、体质等因素的影响，该特殊检查可能不能完成，有可能不能得出检查结果，或检查结果得出后仍无法作出明确诊断，需再做进一步的检查；且结果存在一定的误差率；检查结果需要医师结合临床综合判断。 6、其他：_____ 我们将以高度的责任心，认真执行手术操作规程，做好抢救物品的准备及手术过程中的监测，针对可能发生的并发症做好应对措施。但由于医疗技术水平的局限性及个人体质的差异，意外风险不能做到绝对避免。一旦发生手术意外或并发症，我们将积极采取相应的抢救措施，但不能确保救治完全成功，可能会出现死亡、残疾、功能障碍等严重不良后果，及其他不可预见且未能告知的特殊情况，请予理解与配合。 我已向患方解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。 医师签字：_____ 签字时间：_____ 签字地点：_____
患方意见	患者或代理人确认： 医生已向患者或代理人解释过患者的病情及所需接受的特殊检查，并已就医疗风险进行了详细说明。患者或代理人了解该检查可能出现的风险和结果的不确定性等情况。 医生已告知患者或代理人其他可替代检查方案及其风险，患者或代理人知道有权拒绝或放弃此项检查，并知道由此带来的不良后果及风险；患者或代理人已就患者的病情、该检查及其风险以及相关的问题向医生进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。 患者或代理人理解医生会尽力积极治疗，但未许诺诊治百分之百成功。 (请患者或代理人注明“我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，我做以下声明”字样) <u>我已认真倾听和阅读并理解以上全部内容，我做以下声明</u> ☒ 我 <u>同意</u> (填同意) 接受医生建议的检查方案，自愿承担检查风险；并授权医师：在检查中或检查后发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，按照医疗常规予以紧急处理，更改并选择最适宜的检查方案和实施必要的抢救。 ☐ 我 _____ (填不同意) 接受该手术方案，并且愿意承担因拒绝施行手术而发生的一切后果。 患者或代理人签字：_____ 亲属签字：_____ 与患者关系：_____ 患者无法签字的原因：_____ 签字时间：_____ 分 签字地点：_____
备注	如果患者或委托代理人拒绝签字，请医生在此栏中说明。

患方签字：_____