



肠镜检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 77 岁

疾病介绍和治疗建议

医生告知我可能患有 肠道疾病, 根据我病情诊治的需要, 有必要进行肠镜检查, 建议我认真了解以下内容并做出是否接受检查的决定。

肠镜检查的禁忌证:

(一) 相对禁忌证: 1、心肺功能不全。2、消化道出血患者而血压未平稳者。3、有出血倾向, 血色素低于 50g/L 者。4、高度脊柱畸形患者。

(二) 绝对禁忌证: 1、严重心肺疾患, 如严重心律失常、心肌梗塞急性期、重度心力衰竭、哮喘发作期、呼吸衰竭不能平卧等患者。2、疑及休克、肠坏死等危重患者。3、严重精神失常不合作的精神病患者 (必要时可进行无痛内镜)。4、巨大腹主动脉瘤、脑梗急性期、脑出血患者。5、烈性传染病患者。

肠镜检查潜在风险和对策:

医生告知我如下肠镜检查可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性, 在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险, 但不仅限于:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| (1) 出血 | (2) 穿孔, 并可能需要外科手术治疗产生后续治疗的费用及并发症。 |
| (3) 各种严重心律失常 | (4) 急性心肌梗死 |
| (5) 脑血管病 | (6) 虚脱、低血糖 |
| (7) 在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱 | (8) 原有肠梗阻加重 |
| (9) 其他不可预知的风险: 如潜在的疾病加重甚至猝死 | |

2. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肺肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史, 以上这些风险可能会加大, 或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次检查的相关问题。



肠镜检查知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 77 岁

- 我同意在检查中医生可以根据我的病情对预定的检查方式做出调整。
- 我理解我的检查需要多位医物人员共同进行。
- 我并未得到检查百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对肠镜所见病变进行活检并对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。

患者签名

[REDACTED]

签名日期 : 2020-06-01 08:42

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 : 2020-06-01 08:42

医物人员陈述

我已经告知患者将要进行的检查方式、此次检查中或检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

医务人员签名:

[REDACTED]

签名日期 : 2020-06-01 08:42