青岛大学附属医院
特殊检查及治疗同意书

登记号：

姓名：　　住院号：1

姓名：　性别：男　年龄：　住院号：　日期：2

科室：消　床位：　诊断：胃占位性病变

疾病介绍和治疗建议： 医生已告知我的患有胃占位性病变，需要在内镜下进行内镜下粘膜下层剥离术（ESD）。

消化道息肉尤其是腺瘤性息肉、扁平粘膜病变呈腺瘤性改变、不典型增生等是常见的癌前病变，如不治疗，会逐渐生长，并可能发生癌变、溃疡、出血等并发症。为了防治上述病变的进一步发展，可通过内镜下消化道息肉切除或内镜下粘膜切除术（EMR）或内镜下粘膜下层剥离术（ESD）等内镜治疗手段达到治疗目的。消化道早期癌以及来源于消化道粘膜下层的病变如类癌或来源于粘膜肌层的间质瘤、平滑肌瘤等病变也可通过上述内镜下治疗手段达到治疗目的。

其他可替代治疗方案：

☐外科手术治疗

☐药物治疗

☐其他：

操作潜在风险和对策：

医生已告知我如下内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD术可能发生的如下风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的手术式根据不同病人的情况有所不同。医生已经告知我关于本病的其他可替代治疗方案，医生告诉我可与我的医生讨论有关我治疗的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何治疗麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用，包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克，甚至危及生命。

3. 我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策：

内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD是内镜介入治疗中比较复杂的技术，有一定的创伤性和危险性，也并不能完全保证实施该项医疗措施的效果。在实施上述医疗措施的过程中/后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：(1)局部损伤：胃镜检查时咽部损伤，肠镜局部粘膜损伤，或因呕吐出现食管粘膜撕裂；(2)胃镜麻醉药物过敏、误吸等；(3)心脑血管意外发生，极少数患者由于胃镜/肠镜检查时恶心、疼痛、不适、情绪紧张等情况下可能出现心律失常、心绞痛、心肌梗死、心力衰竭以及脑出血、脑梗塞等脑血管意外，危及生命，当患者具有较大上述风险或出现上述情况时随时终止操作，并在相应科室配合下给予患者及时治疗和抢救；(4)出血：切除病变后少数患者可导致出血，可通过局部注射、氩气、钛夹等治疗手段达到治疗或预防目的，不排除极少数患者需要输血、手术止血等治疗手段；(5)穿孔：极少数患者在操作过程中或操作完成后可发生消化道穿孔，并可能出现腹腔感染、腹膜炎等并发症，甚至危及生命，并可能需要手术治疗；(6)因意外情况或病人特殊情况或其它原因不能完成治疗或不能一次完成治疗，可根据病人情况决定下一步治疗；(7)术后组织病理为癌，并有浸润性，需要外科手术治疗；(8)部分患者治疗前因诊断需要需加做超声内镜检查；(9)少数患者由于前次检查活检等原因，病变缩小无须电切治疗或病变已自行脱落而无须治疗；(10)部分病例病变切除后由于之前病理诊断明确无须再次送病理检查或由于客观原因造成切除标本无法取出送病理检查；(11)胃肠道准备所造成的低血糖、肠梗阻、水电解质紊乱等并发症，可根据具体情况给予相应处理；(12)如有心脏起搏器患者需

由 扫描全能王 扫描创建

要在治疗前调整起搏模式，避免通电时对起搏器功能的影响；(13)上述并发症严重时，可能延长住院时间，需要重症监护或施以外科手术，并因此增加医疗费用。在极少数情况下，还可能导致永久残疾，甚至死亡。

4.我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓、凝血功能障碍等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，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。

5.我理解术后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

6.我理解术中可能需要使用自费材料，并同意使用。

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

医生陈述：

我已告知患者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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

检查操作医师为：刘华　　经治医师签名：于亚男

签署日期：2017年06月07日

患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的检查或治疗方式、此次检查或治疗及检查或治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他检查治疗方法并且解答了我关于此次检查治疗的相关问题。我同意将要进行的检查或治疗方式并同意在检查治疗中医师可以根据病情对预定的检查治疗方式作出调整。我授权医师对检查或治疗切除的病变器官、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。我理解我的检查或治疗需要多位医师共同进行。我并未得到检查百分之百成功的许诺。

患者签名：

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名：

与患者关系：　夫妻　　签署日期：　2017年06月07日

由 扫描全能王 扫描创建