

武汉市第四医院 武汉市普爱医院

消化内镜检查知情同意书

一般 项目	姓名: <u> </u> 性别: <u>女</u> 年龄: <u>53岁</u> 科室: <u>普外科</u> 床号: <u>9号</u> 住院号/门诊号: <u> </u>
医师 告知 内容	<p>检查中,如发现可疑病变,根据病情需要可能需要进一步检查染色胃镜/放大胃镜,在您没有出血性疾病或停服抗凝药一周情况下,医师会同时为您取组织行病理检查。</p> <p>【检查前诊断】 <u>腹痛待查</u></p> <p>【拟行的内镜检查/操作】(推荐方案) : (✓) 胃镜检查; () 结肠镜检查; <u>可直接看到病灶,如发现可疑病变可获取病理诊断。(优缺点)。</u></p> <p>【适应症】 1 怀疑有上、下消化道的疾病 2 治疗或术后随访 3 体检</p> <p>【禁忌症】 1 消化道急性穿孔 2 严重心、肺、肾、脑功能不全及多器官功能衰竭者 3 精神病及意识明显障碍不能合作者</p> <p>【目的】 明确诊断;</p> <p>【拒绝检查/操作可能发生的后果】 诊断不明,延误诊治</p> <p>【患者自身存在高危因素】 1. 高龄; 2. 高血压; 3. 糖尿病; 4. 心脏病; 5. 肝肾功能不全; 6. 吸烟史; 7. 静脉血栓等; 8. 不能配合医生检查。</p> <p>【检查/操作可能出现的并发症、医疗风险】</p> <p>1. 麻醉意外(无痛内镜检查者可能出现),如麻醉药过敏、窒息、吸入性肺炎等; 2. 消化道穿孔、出血、感染或黏膜撕裂; 3. 下颌关节脱臼及腮腺肿胀; 4. 咽喉部疼痛或声音嘶哑; 5. 脑血管意外; 5. 假气腹症或腹痛; 7. 缺血性肠炎; 8. 各种严重心律失常、急性心肌梗死; 9. 其他难以预料的意外情况。</p> <p>由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响,内镜检查有一定比率的漏诊,检查/操作前、检查/操作中、检查/操作后可能发生不可预见的医疗意外风险,不能确保救治完全成功,我们将认真执行操作规程,做好抢救物品的准备及检查过程中的监测。一旦发生意外或并发症,我们将积极采取相应的抢救措施。</p> <p>【自费项目】 根据内镜操作或其他原因,医师可能需要使用一个或多个自费药品和器材以及检查项目,在此一并告知,如(一次性性活检钳,可旋转重复开闭软组织夹,一次性使用内镜注射喷洒管,内镜喷洒管,柏西,舒泰,奥布卡因凝胶,电子内镜下放大检查技术,电子内镜下染色检查技术(特殊染色))</p> <p>【检查/操作后注意事项】</p> <p>因病理活检或胃肠小息肉钳除术后,建议进食低温、少纤维饮食、半流质饮食(如面条、稀饭)3天;如出现头晕、持续剧烈腹痛、黑便或鲜血便等立即来院就诊。</p> <p>内镜检查结束后,需常规禁食水1小时;如行组织活检,需常规禁食水4小时,术后需注意观察有无呕血、黑便、便血等症状。</p> <p>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,检查结果需要医师结合临床综合判断。</p>

【替代检查/治疗方案】

1.上消化道钡餐（不同意胃镜或评估不能耐受胃镜检查者）；2.钡灌肠大肠造影（不同意肠镜检查或评估不能耐受肠镜检查者）；3.全消化道造影（了解全消化道病变情况）；4.全腹部CT检查（不愿意接受上述检查或不能耐受上述检查，又需要排除消化道肿瘤者）5 其他；以上替代方案均为间接诊断，无法直观看看到病灶，亦无法获取病理诊断。

我们已向患者/患者授权代理人/患者法定监护人解释过此知情同意书的全部条款，解答其提出的相关问题。我认为患者/患者授权代理人/患者法定监护人已知并理解了上述信息。

医师签名：_____

签名时间：2018 年 1 月 24 日 10 时 0 分

患者/患者授权代理人/患者法定监护人确认：

医师已详细向我解释过患者的病情及将接受的检查/操作方案，并已就医疗风险和并发症向我进行了充分说明。我理解检查/操作可能出现的风险、效果等情况，并知道内镜为侵入性检查/操作手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，检查/操作前、检查/操作中、检查/操作后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。我理解检查后如果不遵医嘱，可能出现不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查/操作方案及其优缺点，我知道我有权拒绝或放弃此项检查/操作，并知道由此带来的相关后果及风险。我已就患者的病情、该检查/操作及其医疗风险等相关的问题向医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

我已认真倾听和阅读并了解以上全部内容，我做以下声明：

我同意选择医师推荐的检查/操作方案，拒绝其他潜在替代医疗方案，并愿意承担上述操作风险。

同时授权医师：在检查/操作中或检查/操作后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的方案，实施必要的抢救。对可疑病变进行相应处理，包括息肉及乳头状瘤切除/电切、病理学检查、细胞学检查等。

患者签名：_____

患者授权代理人/患者法定监护人签名：_____与患者关系：_____

签名时间：2018 年 1 月 24 日 10 时 0 分

经医师向我交代各种治疗方案及替代方案的优缺点后，我已充分理解以上说明，并充分理解拒绝医师推荐方案的风险，仍决定拒绝医师推荐方案，并愿意承担相应后果。我自愿选择

方案 _____，即 _____。

患者签名：_____

患者授权代理人/患者法定监护人签名：_____与患者关系：_____

签名时间：_____年_____月_____日_____时_____分

患者
知情
同意
内容