

内镜下消化道结石取出知情同意书

内镜下消化道结石取出知情同意书			
患者姓名 <u> </u>	性别 <u>男</u>	年龄 <u>56</u>	病历号 <u> </u>
<p>疾病介绍和治疗建议</p> <p>医生已告知我有 <u>食管结石</u>，需要在内镜下进行 <u>行食管结石碎石取出术</u> 治疗，如果不进行治疗，我的症状会加重，生活质量进一步下降，严重者可能危及到我的生命。</p>			
<p>手术潜在风险和对策</p> <p>医生告知我内镜下消化道结石碎石取出治疗可能发生的一些风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的取出方式根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我手术的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 我理解治疗可能发生的风险和医生的对策： <ol style="list-style-type: none"> 1) 咽喉部损伤； 2) 感染、吸入性肺炎； 3) 穿孔、脓胸、腹膜炎、纵隔炎、纵隔气肿、气胸，心包积液； 4) 治疗中/后消化道大出血； 5) 各种严重性或致命性心律失常、急性心肌梗死； 6) 迷走神经兴奋综合征； 7) 急性脑血管意外； 8) 猝死； 9) 食管粘膜内血肿； 10) 食管炎、溃疡形成，可能出现反酸、烧心等不适； 11) 吞咽困难、胸痛、发热、异物感； 12) 其他无法预料的罕见并发症（根据情况按照医学常规相应处理）； 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。 			

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：
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治疗方式、此次治疗及治疗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治疗的相关问题。
- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
- 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对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

患者签名 签名日期 2018 年 8 月 18 日

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 年 月 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行治疗方式、此次治疗及治疗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治疗的相关问题。

医生签名 签名日期 2018 年 8 月 18 日