

贵州医科大学附属医院消化内镜检查申请单

姓名: [redacted] 性别: [redacted] 年龄: 52岁 科室: 消化内科 床号: 47 住院号: [redacted]

病历摘要: 反酸、烧心

当前血压: 90/60 mmHg

临床诊断: 胃食管反流病

一、消化内镜: ☒ 电子食管镜 (120元); ☒ 电子胃十二指肠镜检查 (208元); 局部浸润麻醉 (26元)
☐ 超声胃镜检查 (1040元); ☐ 图文报告 (14.25元);

胃镜检查知情同意书

操作医生将严格按医疗常规实施相关操作,在一般情况下,此操作是安全的,但少数患者可能遇到以下情况。

1. 麻醉意外
2. 药物过敏
3. 下颌关节脱位,咽痛,声音嘶哑,腮腺,颌下腺肿痛等。
4. 黏膜损伤与感染,包括咽喉部,食管,胃,十二指肠黏膜损伤,感染,贲门撕裂出血。
5. 术中或术后出血,活检创面出血,应激性溃疡出血,黏膜损伤出血等。
6. 穿孔:包括食管,胃,十二指肠,吻合口等。
7. 病人不配合或胃腔清洁度差,无法完成检查。
8. 呼吸抑制、心脑血管意外、心跳骤停、以及其他难以预料的情况。

患者及家属已阅读上述内容,对可能存在的风险表示理解和认同,对可能产生的费用表示接受。愿意进行此检查并积极配合医务人员的工作。

本人签字: [redacted]

家属签字(与本人关系): [redacted]

日期: 2019年9月17日

二、下消化道内镜: ☐ 电子直肠镜检查 (50元); ☐ 电子乙状结肠镜检查 (130元); ☐ 电子结肠镜检查 (390元);

三、

肠镜(急诊肠镜、超声肠镜)检查患者须知

肠镜已逐步成为结肠疾病的常规检查手段,具有其他检查无法替代的优势,现将肠镜检查中可能出现的情况告知如下:

- 1、麻醉药物过敏或意外(无痛肠镜检查)
- 2、由于肠道准备不佳,将可能影响医生的操作和观察,甚至影响检查结果
- 3、检查后可能出现腹部不适,如腹胀等,因疾病需要活检后会有出血等
- 4、原有疾病症状加重,溃疡,肿瘤等病灶本身出血穿孔等
- 5、由于身体条件(如:身体条件差、结肠极度扭曲等)肠镜检查无法到达回盲部
- 6、呼吸抑制,心跳骤停等意外,以及其它难以预料的情况
- 7、根据具体疾病将另外收取活检费及其他费用,其中部分胃自费项目,不能医保
- 8、检查结束后病人应针对原有不适主诉,继续相关门诊就诊,肠镜检查结果供临床参考

患者及家属已阅读上述内容,对可能存在的风险表示理解和认同,对可能产生的费用表示接受。愿意进行此检查并积极配合医务人员的工作

本人签字: [redacted]

家属签字(与本人关系): [redacted]

日期: 年 月

上下消化道内镜手术治疗风险 知情同意书

兹有病人 张某某 根据医生的检查和病人病情，现拟行以下手术治疗

- ☐ 息肉/隆起病灶切除术 ☐ ESD ☐ EFR ☐ ESE ☐ ERCP ☐ STER ☐ POEM
☒ 急诊内镜下止血 ☐ 静脉曲张及非静脉曲张止血 ☐ 狭窄
☐ 肠梗阻导管置入术 ☐ 肠梗阻支架引流术 ☐ 内镜下异物取出术 ☐ 支架植入
☐ 小肠镜检查 ☐ 经内镜置管术 ☐ 经皮胃造瘘
☐ 狭窄扩张术/切开术 ☐ 内镜下止血术 ☐ 内镜下介入相关操作 ☐ 其它
☐ 其他

现将内镜下治疗中可能出现的情况告知如下，其中某些情况的出现将会有生命危险：

- 1、麻醉相关风险（详见麻醉知情同意书）
- 2、下颌关节脱位、咽痛
- 3、术中或术后出血穿孔，术后创面迟发性出血等
- 4、术后感染甚至感染性休克
- 5、瘵症、心脑血管意外、心跳呼吸骤停、休克、全身多器官衰竭及其他难以预料的情况
- 6、异位栓塞
- 7、误吸、窒息
- 8、导管滑出、脱落、支架移位
- 9、穿孔，感染，切除不完全或手术失败，术后复发或原发息肉不能全部切除
- 10、切除物取出困难
- 11、术中出现手术困难或病情不适宜继续内镜治疗，需要中转外科治疗
- 12、气性爆炸
- 13、根据术后病理结果有可能需要补充外科手术
- 14、损伤邻近器官、局部充血水肿、皮下气肿血肿
- 15、根据具体疾病将另外收取手术等其它费用，其中部分为自费，不能医保
- 16、其它

我科室医生已经针对您的疾病所采取的医疗方案进行了详细告知，您也就您想了解的信息向医生进行了充分咨询并得到满意的答复，医生也详细告知您将要进行的手术方式，此次手术及术后可能的并发症和风险，并详细通告您关于此次手术的相关问题。

- 1、我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术方式做出调整。
- 2、我理解我的手术需多位医生同时进行，我并未得到手术100%成功的许诺。
- 3、我授权医生对手术切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查，细胞学检查及术中医疗废物的处置。
- 4、我对可能存在的各种治疗方法的优缺点及手术中、手术后可能发生的并发症及其严重性以充分了解，愿意选择本次操作治疗。目前患者及家属已阅读上述内容，对治疗存在的风险表示理解及认同，产生的费用表示接受。愿意进行治疗并积极配合医护人员的工作。

本人签字： 张某某

家属签字（与本人关系）： 张某某

日期：2019年9月17日