

2017/5/15 上午 9:51

内窥镜申请单

病人ID
住院号
申请号 7539906
内窥镜号

姓名: 性别: 女 年龄: 36岁 民族: 苗 科别: 消化内科病区 床号: 68 身份: 职工医保 (铜仁地区)

症状: .

体征: .

临床诊断: 胃窦体交界粘膜粗糙性质 淋巴瘤?

其它诊断:

相关化验结果:

注意事项:

13P. 108/72
血红蛋白: 正常
血小板: 正常
EKG: 正常
胸片: 双肺未见明显异常, 气管居中, 纵膈未见明显异常。

检查项目:

1. 超声计算机图文报告
2. 电子食管镜检查
3. 电子胃十二指肠镜检查
4. 经胃镜特殊治疗

特殊要求:

申请医师: 陈小燕

申请时间: 2017年05月18日

申请注意事项:

电子肠镜检查:

1. 检查前一天晚餐和检查当日早餐进软食 (面条或稀饭), 检查当日中午禁食。
2. 2检查日上午9:00服20%甘露醇500ml及1000ml糖盐水混合液, 15分钟内喝完, 饮水后如有呕吐, 应估计呕吐量多少, 补充开水多少, 喝水后尽量多活动, 排便大约十次左右, 至排出清水样液体才能检查。
3. 进行治疗 (息肉电切术) 的患者请按如下方法准备:
 - ①检查前一天中午和晚餐进软食 (面条或稀饭), 检查当日禁早餐。
 - ②检查前一天晚8:00服蓖麻油35ml, 然后饮开水500ml。
 - ③检查日晨起5:00口服结肠剂。方法: 将结肠剂一包加入五磅水壶一壶水中, 半小时内将水喝完。饮水后如有呕吐, 应估计呕吐量多少, 补充开水, 喝水后尽量多活动, 排便大约十次左右, 至排出清水样液体才能检查。
4. 请携带预约单、病历、X线片到肠镜室检查。
5. 年老体弱或重病者请医护人员或家属陪同, 有明显心、脑、肺疾病者请主动告诉医生。
6. 检查后当天如有剧烈腹痛应及时来院检查。

电子胃镜检查:

1. 检查日禁早餐, 禁饮水, 不抽烟。
2. 检查时请携带预约单, 如复诊胃镜者, 请带上次的检查报告单。
3. 检查时要取下眼镜与假牙。
4. 年老、体弱、病重者, 请医护人员或家属陪同, 有明显心、脑、肺疾患者或麻醉药过量者请主动告诉医生。
5. 检查完后不能马上饮水、进食, 两个小时后进流质饮食, 如行活检, 当天不能吃太热, 太硬的食物, 术后如有呕血、急性腹痛等, 请及时来院检查。

备注: 请到【门诊大楼 4 楼“内镜科”】就诊

日本专家做手术

预约时间
2017-05-19
女 36岁 排队号 B020号
检查类别 无痛胃镜
凭此单检查, 领取报告单

食道胃镜检查、超声内镜检查知情同意书

患者姓名

性别

年龄

科室

住院号

根据我的临床症状和表现,医生建议我作胃镜检查。

医生告知我胃镜检查可能发生如下的风险,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,医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。建议我认真了解以下相关内容并作出是否接受检查的决定。

医生已告知除胃镜外还可以选择其他方法,包括但不限于 X线钡餐检查 胶囊内镜 CT 外科手术等。

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)过敏反应、过敏性休克 (2)咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎 (3)食管贲门撕裂
(4)食管胃肠穿孔 (5)出血 (6)原有食管胃静脉曲张,诱发大出血
(7)各种严重心律失常 (8)急性心肌梗死 (9)脑血管病
(10)下颌关节脱臼

(11)除上述情况外,该医疗措施在实施过程中/后可能发生其他并发症或者需要提请

患者及家属特别注意的其他事项,如:_____。

2. 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,除上述风险以外,还可能出现以下特殊并发症或风险:_____

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操作方式、相关费用、此次操作及操作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操作的相关问题。

■ 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

■ 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

■ 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

■ 我授权医师对操作切除的病变器官、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。

■ 我同意需要时使用一次性物品并承担相关费用。

■ 我已如实填写信息并提供相应病史及既往检查资料,如有隐瞒出现后果自负。

■ 我同意承担出现并发症时需要进一步诊治所发生的费用。

■ 医生已告知我普通和无痛检查的区别,我愿意选择:

☒ 无痛胃镜检查 ☐ 无痛超声内镜检查 ☐ 普通超声内镜检查 ☐ 普通胃镜检查

患者签名_____ 电话_____ 签名日期 2017 年 5 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 夫妻 电话_____ 签名日期 2017 年 5 月 18 日

医生陈述

我已经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、可能存在的其他检查方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

医生签名

签名日期 2017 年 5 月 18 日

消化内镜检查和治疗术前病人病情评估评分表

	评 估 项 目	分 值
1	心率 (>100 次/分)	2
	(>120 次/分)	5
2	血压 (SBP>140mmHg ;DBP>90mmHg)	2
	(SBP>150mmHg ;DBP>95mmHg)	5
3	SPO2 (<95%)	5
4	年龄 (>65 或 <14 岁)	2
	(>70 或 <10 岁)	5
	(>80 或 <7 岁)	10
5	急诊病人	5
6	有肝硬化病史	5
7	复诊病人(有内镜检查史)	5
8	6 月内复诊内镜检查大于 2 次病人	10
9	有医疗隐患者	5
10	有呕血、黑便史	5
11	有特殊用药史 :如非甾体药物、抗凝药等	1
12	有腹部手术史	1
13	重要器官功能损害 :心、肺、肝、肾、脑	2
14	生化指标异常 :血钾、血糖、Hb(<70g/L)、白蛋白(<25g/L)、凝血功能异常	2
15	检查结果异常 :心电图、B 超、CT	2
16	内镜治疗术	5
17	术中内镜	5
18	3-4 级内镜手术	10
19	新技术、新项目	10

注 :在患者具有项目上打√, 计算总分。

评分 <5 分为低危, 可由住院医师操作 ;

评分 5-9 分为中危, 可由主治医师及以上人员进行操作。

评分 ≥10 分为高危, 须由副主任医师及以上人员进行操作。

风险评估情况 : ☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危

评估人医生签名 :

护士签名 :

评估日期 2017

年 5

月 18

日

遵义医学院附属医院

消化内科内镜特殊治疗知情同意书

患者姓名		性别	女	年龄	36	科室	消化内科	住院号	
------	--	----	---	----	----	----	------	-----	--

手术潜在风险和对策

医生告知我患有 胃窦炎、胃息肉、十二指肠溃疡 须行如下诊疗手术：☐ 高频电凝电切除术 ☐ 粘膜切除术 ☒ 粘膜下层剥离术 ☐ 息肉 APC 烧灼 ☐ 内镜下止血(APC、钛夹、内镜下注射) ☐ _____。

医生已告知除上述外还可以选择其他方法,包括但不限于:药物治疗(针对出血患者);外科手术;不手术而随访观察等。

医生告知我该手术可能发生如下的一些风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的手术术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. 我理解任何介入治疗都存在风险。
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:

该内镜治疗术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,肠镜检查时局部粘膜损伤,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、脑梗死等脑血管意外,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他原因不能完成治疗或不能一次性完成治疗,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而加做超声内镜检查;
- 9) 少数患者由于前次检查活检等原因,病变缩小无需电切治疗或病变已自行脱落而无需治疗;

10) 部分病例病变切除后由于之前病理诊断明确无需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) 如患者有心脏起搏器需要在治疗前调整起搏模式, 避免通电时对起搏器功能造成影响;

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。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 除上述风险以外, 还可能出现以下特殊并发症或风险: _____。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操作方式、相关费用、此次操作及操作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操作的相关问题。

■ 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

■ 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

■ 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

■ 我授权医师对操作切除的病变器官、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。

■ 我同意需要时使用一次性物品并承担相关费用。

■ 我已如实填写信息并提供相应病史及既往检查资料, 如有隐瞒出现后果自负。

■ 我同意承担出现并发症时需要进一步诊治所发生的费用。

患者签名 _____ 签名日期 2017 年 5 月 18 日 联系电话 _____

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 夫妻 签名日期 2017 年 5 月 18 日

联系电话 _____

医生陈述

我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他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 2017 年 5 月 19 日



遵义医学院附属医院内镜中心

手术记录

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 36岁 科室: 消化内科病区 68 住院号: [REDACTED]

手术日期: 2017-05-20 开始时间: 09:00 终止时间: 10:00

手术前诊断: 胃窦体交界粘膜粗糙性质 淋巴瘤?

手术后诊断: 待病理: 胃窦体交界大弯粘膜隆起性质 胃底腺异位合并早癌 ? ESD术后

手术名称: 胃窦体交界大弯粘膜隆起性质 胃底腺异位合并早癌 ? ESD术

施术者: 狄连君、傅光义

助手: 刘黔、周光群

麻醉药: 详见麻醉单

方法: 全麻

用量: 详见麻醉单

负极板粘贴处皮肤: 完好

送化验的标本: 胃窦体交界大弯

施麻醉者: 张琼

手术指征、步骤和经过:

检查前口服盐酸达克罗宁胶浆祛泡剂。窦体交界大弯见一色泽发红的粘膜隆起, 局部有凹陷, M-NBI可见边界清晰地茶褐色区域, 可见IP增宽, MCE延长, 可见胃底样腺管结构, 局部处可见不规则血管。

内镜头端置透明帽, Dual刀头端予病变外缘约5-8mm处标记, 粘膜下注射生理盐水+肾上腺素+利多卡因+靛胭脂, 病变抬举可, Dual刀沿标记点外缘约2-3mm预切开, 后用带线和谐夹夹住口侧一端粘膜, 牵拉病变组织, Dual刀逐步剥离直至完整切除病变, 术中有出血, 予剥离刀及热活检钳处理后停止。病变予以一次性异物取出钳取出送检。

手术过程顺利, 耗时30MIN。切除病变大小约6x7cm。

建议: 1. 卧床休息、暂禁食、胃肠减压; 2. 观察有无腹痛、腹胀、呕血、黑便等情况; 3. 消炎、抑酸、止血及补液等治疗; 4. 恢复饮食后软食1月, 术后3月后复查胃镜。

记录人: 狄连君

[Signature]

遵义医学院附属医院

食道胃镜检查、超声内镜检查知情同意书

患者姓名		性别	女	年龄	28	科室	消化内科	住院号	
------	--	----	---	----	----	----	------	-----	--

根据我的临床症状和表现,医生建议我作胃镜检查。

医生告知我胃镜检查可能发生如下的风险,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,医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。建议我认真了解以下相关内容并作出是否接受检查的决定。

医生已告知除胃镜外还可以选择其他方法,包括但不限于 X线钡餐检查 胶囊内镜 CT 外科手术等。

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)过敏反应、过敏性休克 (2)咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎 (3)食管贲门撕裂
(4)食管胃肠穿孔 (5)出血 (6)原有食管胃静脉曲张,诱发大出血
(7)各种严重心律失常 (8)急性心肌梗死 (9)脑血管病
(10)下颌关节脱臼
(11)除上述情况外,该医疗措施在实施过程中/后可能发生其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项,如:_____。

2. 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,除上述风险以外,还可能出现以下特殊并发症或风险:_____

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操作方式、相关费用、此次操作及操作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操作的相关问题。

☒ 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

☒ 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

☒ 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

☒ 我授权医师对操作切除的病变器官、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。

☒ 我同意需要时使用一次性物品并承担相关费用。

☒ 我已如实填写信息并提供相应病史及既往检查资料,如有隐瞒出现后果自负。

☒ 我同意承担出现并发症时需要进一步诊治所发生的费用。

☒ 医生已告知我普通和无痛检查的区别,我愿意选择:

☒ 无痛胃镜检查 ☐ 无痛超声内镜检查 ☐ 普通超声内镜检查 ☐ 普通胃镜检查

患者签名 _____ 电话 _____ 签名日期 2018 年 7 月 14 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 _____ 电话 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医生陈述

我已经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、可能存在的其他检查方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

医生签名 刘作彬

签名日期 2018 年 7 月 12 日

消化内镜检查和治疗术前病人病情评估评分表

	评 估 项 目	分 值
1	心率 (>100 次/分)	2
	(>120 次/分)	5
2	血压 (SBP>140mmHg ;DBP>90mmHg)	2
	(SBP>150mmHg ;DBP>95mmHg)	5
3	SPO2 (<95%)	5
4	年龄 (>65 或<14 岁)	2
	(>70 或<10 岁)	5
	(>80 或<7 岁)	10
5	急诊病人	5
6	有肝硬化病史	5
7	复诊病人(有内镜检查史)	5
8	6 月内复诊内镜检查大于 2 次病人	10
9	有医疗隐患者	5
10	有呕血、黑便史	5
11	有特殊用药史 :如非甾体药物、抗凝药等	1
12	有腹部手术史	1
13	重要器官功能损害 :心、肺、肝、肾、脑	2
14	生化指标异常 :血钾、血糖、Hb(<70g/L)、白蛋白(<25g/L)、凝血功能异常	2
15	检查结果异常 :心电图、B 超、CT	2
16	内镜治疗术	5
17	术中内镜	5
18	3-4 级内镜手术	10
19	新技术、新项目	10

注 :在患者具有项目上打√, 计算总分。

评分 <5 分为低危, 可由住院医师操作 ;

评分 5-9 分为中危, 可由主治医师及以上人员进行操作。

评分 ≥10 分为高危, 须由副主任医师及以上人员进行操作。

风险评估情况 : ☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危

评估人医生签名 : 刘作彬

护士签名 : 周光群

评估日期 : 2018 年 7 月 12 日

遵医附院住院病人授权委托书

遵医附院根据有关医疗卫生法律、法规（见背面），在对本人履行了病情告知义务和尊重病人知情同意权时，某些情况不宜向病人直接说明以免对病人产生不利后果，本人充分理解。为此我自愿委托 [REDACTED] 作为我的代理人，全权负责代理我本人在遵医附院住院期间以下事务：

- 1、如实向医务人员提供或补充有关我病情的全部资料，接受医务人员对我健康状况的询问，主动配合医务人员对我进行的诊疗护理活动。
- 2、向医务人员咨询了解我的病情、医疗措施、医疗风险等，选择是否同意接受医务人员提出的诊断、治疗和护理方案，签署相关医学文书（特殊检查同意书、特殊治疗同意书、手术同意书、麻醉同意书、实验性治疗同意书、输血同意书、告知住院病人书等）。
- 3、处理与我的诊断、治疗、护理其他有关事务。

委托人签名：[REDACTED]

右手拇指印 [REDACTED]

2013 年 6 月 27 日

作为被委托人，本人已明白被委托人的权力、义务和授权范围，同意接受以上委托人之委托。

被委托人签名：[REDACTED]

右手拇指印 [REDACTED]

与委托人关系：父子

联系电话：[REDACTED]

2013 年 6 月 27 日

[本委托书由护士作入院介绍时完成并归入病案管理，病人是无民事行为能力人或因病无法签字时不履行委托手续，由其法定代理人、近亲属、关系人履行代理事务]

食道胃镜检查、超声内镜检查知情同意书

患者姓名 性别 男 年龄 72岁 科室 消化内科 住院号

根据我的临床症状和表现,医生建议我作胃镜检查。

医生告知我胃镜检查可能发生如下的风险,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,医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。建议我认真了解以下相关内容并作出是否接受检查的决定。

医生已告知除胃镜外还可以选择其他方法,包括但不限于:X线钡餐检查;胶囊内镜;CT;外科手术等。

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)过敏反应、过敏性休克
- (2)咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎
- (3)食管贲门撕裂
- (4)食管胃肠穿孔
- (5)出血
- (6)原有食管胃静脉曲张,诱发大出血
- (7)各种严重心律失常
- (8)急性心肌梗死
- (9)脑血管病
- (10)下颌关节脱臼

(11)除上述情况外,该医疗措施在实施过程中/后可能发生其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项,如:_____。

2.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,除上述风险以外,还可能出现以下特殊并发症或风险:_____

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操作方式、相关费用、此次操作及操作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操作的相关问题。

■ 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

■ 我理解我的操作需要多位医生共同进行。

■ 我并未得到操作百分之百成功的许诺。

■ 我授权医师对操作切除的病变器官、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。

■ 我同意需要时使用一次性物品并承担相关费用。

■ 我已如实填写信息并提供相应病史及既往检查资料,如有隐瞒出现后果自负。

■ 我同意承担出现并发症时需要进一步诊治所发生的费用。

■ 医生已告知我普通和无痛检查的区别,我愿意选择:

☐ 无痛胃镜检查 ☒ 无痛超声内镜检查 ☐ 普通超声内镜检查 ☐ 普通胃镜检查

患者签名_____ 电话_____ 签名日期_____年____月____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 父子 电话_____ 日期 2015年7月2日

医生陈述

我已经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、可能存在的其他检查方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

医生签名

王力

签名日期

2013年7月4日

消化内镜检查和治疗术前病人病情评估评分表

	评估项目	分值
1	心率(>100次/分)	2
	(>120次/分)	5
2	血压(SBP>140mmHg; DBP>90mmHg)	2
	(SBP>150mmHg; DBP>95mmHg)	5
3	SPO2(<95%)	5
4	年龄(>65或<14岁)	2
	(>70或<10岁)	5
	(>80或<7岁)	10
5	急诊病人	5
6	有肝硬化病史	5
7	复诊病人(有内镜检查史)	5
8	6个月内复诊内镜检查大于2次病人	10
9	有医疗隐患者	5
10	有呕血、黑便史	5
11	有特殊用药史:如非甾体药物、抗凝药等	1
12	有腹部手术史	1
13	重要器官功能损害:心、肺、肝、肾、脑	2
14	生化指标异常:血钾、血糖、Hb(<70g/L)、白蛋白(<25g/L)、凝血功能异常	2
15	检查结果异常:心电图、B超、CT	2
16	内镜治疗术	5
17	术中内镜	5
18	3-4级内镜手术	10
19	新技术、新项目	10

注:在患者具有项目上打√,计算总分。

评分<5分为低危,可由住院医师操作;

评分5-9分为中危,可由主治医师及以上人员进行操作。

评分≥10分为高危,须由副主任医师及以上人员进行操作。

风险评估情况: ☐ 低危 ☐ 中危 ☒ 高危

评估人医生签名:

王力

护士签名:

吴晓

评估日期:2013年7月4日

无痛内镜诊疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 72岁 科别: 消化科 住院号: [REDACTED] 床号: 48 门诊号: [REDACTED]

患者因 十二指肠溃疡出血...

拟做无痛内镜检查和治疗

(☒胃 ☐肠 ☐宫腔镜), 无痛内镜检查是在浅静脉麻醉状态下进行的内镜检查及治疗, 该方法相对于常规内镜检查和治疗, 患者痛苦小, 耐受性好。由于在检查过程中要使用麻醉药品, 可能会出现下列并发症, 严重者甚至危及生命, 尽管此种情况极为罕见, 但仍然有发生意外的可能, 术前与患者及家属就可能出现并发症告知如下:

- 1、麻醉意外;
- 2、低血压;
- 3、支气管痉挛和呼吸抑制;
- 4、惊厥和角弓反张等癫痫样发作;
- 5、局部静脉炎;
- 6、消化道出血、穿孔、呕吐、返流、误吸至呼吸道梗阻甚至感染。
- 7、心律失常。
- 8、苏醒延长及其它意想不到的并发症。

患者本人或其亲属已了解以上情况, 同意作无痛内镜诊疗。

患者签字:

家属签字:

与患者的关系:

医生签字:

日期: 2013.7.10