

# 广西医科大学第一附属医院

## 电子肠镜知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 57岁7月 病案号: [REDACTED] 科室: 留观病区

### 一、病情及所需操作

医生已解释如下病情(诊断):

- 1、慢性腹泻查因
- 2、皮肤炎
- 3、冠状动脉粥样硬化性心脏病
- 4、高血压病
- 5、抑郁症

结合上述病情(诊断)建议做如下操作:

无痛肠镜

### 二、操作风险

上述操作有如下风险:

1. 在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱、虚脱、低血糖。
2. 药物不良反应、麻醉并发症。
3. 消化道穿孔、感染等。
4. 操作过程中和(或)其后出血。
5. 原有肠梗阻加重。
6. 心脑血管意外(如各种严重心律失常;急性心肌梗死;心跳呼吸骤停;脑血管病等)。
7. 因各种原因(如疾病、解剖异常等)导致未达到预期的操作目的。
8. 如果存在高血压、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。
9. 其他无法预测的风险或并发症。

(以上内容为医师所告知患者的病情、所需手术/操作/治疗及其风险。)

如您已经明白和理解医师告知的以上内容,请在下面横线上签字

我已明白和理解医师告知的全部内容

(请于横线上抄写:我已明白和理解医师告知的全部内容)

[REDACTED]  
(患者本人/患者代理人签字)

### 三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

1. 下消化道X线钡餐检查
2. 腹部CT

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

1. 下消化道X线钡餐检查：优点：观察上消化道的形态、位置的同时可以观察消化道运动功能，患者在检查过程中痛苦小，价格相对便宜。缺点：（1）病人在检查过程中须接受X线辐射；（2）它不能用于胃肠道穿孔、出血、完全梗阻的病人；（3）它不能发现消化道表浅的、接近愈合的病变，可能会出现漏诊；（4）当发现病变时不能对其进行直接的观察，更不能取活检，必要时仍需行肠镜检查。
2. 腹部CT：费用高，观察空腔器官病变效果不佳，不能获得标本经组织学检查。

### 四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书

(医生签名)

(签字日期)

### 五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容：

1. 医生已向我解释电子肠镜诊疗相关内容。

2. 我已了解电子肠镜相关风险，以及这些风险带来的后果。

3. 我同意授权操作相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。

4. 我了解当电子肠镜过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。

5. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。

6. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。

7. 我已了解电子肠镜中所取器官或标本将由院方处理。

8. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。

9. 医生已解释患者预后及不进行电子肠镜所面临的风险。

10. 我了解医生无法保证电子肠镜可以缓解患者病情。

11. 医生已向我充分解释患者病情及肠镜的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。

12. 我了解电子肠镜中可能留取影像资料，资料可能被用于教学（影像资料将被处理，无法从中识别患者）。

13. 我已就患者病情、电子肠镜相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述电子肠镜，请签字

同意

(请于横线上抄写：同意)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述电子肠镜，请签字

(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/代理人签名并按指模)

(签字日期)

# 广西医科大学第一附属医院

## 使用大额或自费药品、医用耗材、检查项目知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 57岁7月 科室: 消化内科一病区 病案号: [REDACTED]

一、尊敬的患者、患者代理人:

您好! 根据有关规定, 下列药品/医用耗材/检查项目不属于或者部分不属于大病统筹和社会基本医疗保险报销范围, 此种药品/医用耗材/检查项目的费用须完全或部分由患者个人承担。患者可以选择是否使用此种药品/医用耗材或进行该项检查, 如果同意使用, 并同意个人完全或部分承担此种药品/医用耗材/检查项目的费用, 在下表同意使用及签名栏目中签署姓名; 如果不同意使用, 并自愿承担由此产生的一切后果和责任, 请在下表不同意使用及签名栏目中签署姓名。

二、医生声明:

有关下列大额或自费药品、医用耗材、检查项目需要患者个人承担费用的大致情况, 我已经向患者、患者代理人告知, 并已在下表的医生签名栏目中签名。

大额或自费药品、医用耗材 检查项目名称	规格 数量	医保类别 (甲、乙类、自费)	大约 费用	患者本人/患者代理人 是否同意使用及签名		医生 签名	签名 日期
				同意 使用	不同意 使用		
PICC置管术	次	自费	[REDACTED]			梁淑芳	2018.10.23
全肠外静脉营养(三袋)	袋	自费				梁淑芳	2018.10.23
去胆RBC	1次	乙类				梁淑芳	2018.11.2
新抗人球蛋白	5g/支	乙类				梁淑芳	2018.11.2
人血白蛋白	20g/支	乙类				梁淑芳	2018.11.2
去胆RBC	1次	乙类				梁淑芳	2018.11.4
英夫利西单抗注射液	1支	自费				梁淑芳	2018.11.5

注: 关于药品/医用耗材其他告知内容详见具体的使用说明书。



# 广西医科大学第一附属医院

## 生物制剂治疗知情同意书

病案号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 57岁7月 科室: 消化内科一病区

### 一、病情及所需特殊治疗

医生已解释如下病情(诊断):

- 1、溃疡性结肠炎?
- 2、皮炎
- 3、冠状动脉粥样硬化性心脏病
- 4、高血压病
- 5、抑郁症

结合上述病情(诊断)建议做如下特殊治疗:

生物制剂治疗: 注射用英夫利单抗[J]

### 二、特殊治疗风险

上述特殊治疗有如下风险:

1. 注射部位局部反应, 包括轻至中度红斑、瘙痒、疼痛和肿胀等。
2. 全身性过敏反应: 包括皮疹、颜面肿胀、喉部不适、咳嗽, 有较小的机率出现血压下降、呼吸困难、过敏性休克等。
3. 导致机体免疫功能抑制, 部分患者感染的发生率增加。
4. 可能导致有基础心脏疾患患者充血性心衰加重。
5. 可能导致恶心、呕吐、厌食等胃肠道刺激症状、肝功能异常等。
6. 血细胞减少、头痛、眩晕等症状。
7. 是否增加恶性肿瘤的风险目前尚不明确。
8. 对部分患者效果不佳。
9. 其他。

(以上内容为医师所告知的患者病情, 所需治疗及其风险。)

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

我已明白和理解医师告知的全部内容

(请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容)

(患者本人/患者代理人签字)

### 三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

免疫抑制剂

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

利：（1）费用低；（2）安全。

弊：（1）起效慢；（2）有肝损害、肾损害、骨髓抑制、继发感染等风险。

1. 医生已向我解释生物制剂治疗相关内容。
2. 我已了解生物制剂治疗相关风险，以及这些风险带来的后果。
3. 我同意授权生物制剂治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
4. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
5. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
6. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
7. 医生已解释患者预后及不进行该生物制剂治疗所面临的风险。
8. 我了解医生无法保证该生物制剂治疗可以缓解患者病情。
9. 医生已向我充分解释患者病情及该生物制剂治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
10. 我了解术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学（影像资料将被处理，无法从中识别患者）。
11. 我已就患者病情、生物制剂治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

### 四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书

（医生签名）

（签字日期）

### 五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容：

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述生物制剂治疗，请签字

（请于横线上抄写：同意）

（患者本人/患者代理人签名并按指模）

（签字日期）

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述生物制剂治疗，请签字

（请于横线上抄写：拒绝）

（患者本人/代理人签名并按指模）

（签字日期）

# 广西医科大学第一附属医院

## 电子胃镜检查知情同意书

病案号: [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: 女 年龄: 57岁7月 科室: 消化内科一病区

### 一、病情及所需操作

#### 医生已解释如下病情(诊断):

- 1、慢性腹泻病因
- 2、皮炎
- 3、冠状动脉粥样硬化性心脏病
- 4、高血压病
- 5、抑郁症

17. 如果患者患有高血压、心脏病、糖尿病、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。

18. 其他。

(以上内容为医师所告知患者的病情、所需手术/操作/治疗及其风险。)

#### 结合上述病情(诊断)建议做如下操作:

普通胃镜无痛胃镜, 必要时其他操作如病理活检、息肉切除等

### 二、操作风险

#### 上述操作有如下风险:

1. 过敏反应、过敏性休克。
2. 咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎。
3. 喉头或支气管痉挛、呼吸困难。
4. 食道贲门黏膜撕裂。
5. 食管胃肠穿孔。
6. 消化道出血。
7. 原有食管胃静脉曲张, 诱发大出血、休克。
8. 感染。
9. 各种严重心律失常。
10. 急性心肌梗死。
11. 麻醉意外, 心跳呼吸骤停。
12. 麻醉药物过敏或中毒。
11. 脑血管病。
12. 心跳呼吸骤停。
13. 下颌关节脱臼。
14. 检查不能明确诊断, 需要反复多次检查或进行其他检查协助明确诊断。
15. 因各种无法预测的原因未能完成胃镜检查。
16. 其他不可预测的风险及并发症。

如您已经明白和理解医师告知的以上内容, 请在下面横线上签字

我已明白和理解医师告知的全部内容

(请于横线上抄写: 我已明白和理解医师告知的全部内容)

(患者本人/患者代理人)

### 三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

上消化道钡餐造影  
上消化道碘水造影

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

1. 上消化道钡餐/碘水造影无法发现食管胃和十二指肠黏膜病变；
2. 消化道钡餐/碘水造影无法进行活检、病理学检查，无法明确病变性质；
3. 钡剂排出困难，导致或加重便秘，严重者形成肠梗阻
4. 碘剂过敏，休克；
5. 其他。

### 四、医生声明

我已向患者本人/患者代理人解释如下情况：

1. 目前病情发展程度及治疗的必要性。
2. 所需治疗及其风险。
3. 相关替代治疗方案利弊及其风险。
4. 上述风险发生后的可能后果。
5. 其他。

我已给予患者本人/患者代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/患者代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书

梁淑芳

(医生签名)

2018.10.20

(签字日期)

### 五、患者本人/患者代理人意见

我确认以下内容：

1. 医生已向我解释电子胃镜相关内容。
2. 我已了解电子胃镜相关风险，以及这些风险带来的后果。
3. 我同意授权操作相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
4. 我了解当电子胃镜过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
5. 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
6. 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
7. 我已了解电子胃镜中所取器官或标本将由院方处理。
8. 医生已解释替代治疗方案利弊及其风险。
9. 医生已解释患者预后及不进行电子胃镜所面临的风险。
10. 我了解医生无法保证电子胃镜可以缓解患者病情。
11. 医生已向我充分解释患者病情及电子胃镜的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险
12. 我了解电子胃镜中可能留取影像资料，资料可能被用于教学（影像资料将被处理，无法从中识别患者）。
13. 我已就患者病情、电子胃镜相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容并自愿接受本知情同意书所述电子胃镜检查，请签字

同意

(请于横线上抄写：同意)

(患者本人/患者代理人签名并按指模)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝本知情同意书所述电子胃镜检查，请签字

(请于横线上抄写：拒绝)

(患者本人/代理人签名并按指模)

(签字日期)