

吉林大学白求恩第一医院二部

## 内镜消化道 EUS/FNA 知情同意书

患者姓名	性别	女	住院号	签署日期	2020.5.17
诊断: <u>食管神经</u>					
拟行检查治疗方案: <u>EUS-FNA 检查术</u>					
医生已告知我需要在 <u>镇静</u> 麻醉下严格按照医生常规实施 <u>EUS-FNA</u> 手术。					
治疗目的: <u>明确诊断</u>					

### 手术潜在的风险和对策

医生告知我在一般情况下 EUS/FNA 手术（操作）是安全和有效的，但本操作属于侵入操作，少数患者可能会遇到以下情况：

1. 麻醉意外，麻醉过敏，过敏性休克；
2. 术中或术后出现心、肺、脑等器官意外，如呼吸衰竭，严重心律失常，心肌梗死及心绞痛，心力衰竭以及脑出血，脑梗塞等，甚至猝死；
3. 出血，穿孔，需急诊开腹手术；
4. 胆瘘，胰瘘，继发性胰腺炎；
5. 腹腔感染，腹腔出血；
6. 穿刺后支架移位，自行脱落等情况，必须时急诊手术，再次放置内引流支架；
7. 囊肿引流欠佳，再次复发或进一步恶变等其他情况，视情况进一步治疗；
8. 其他不可预见的意外情况。

### 特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括上述所交代并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施，当患者具有较大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。

### 患者知情选择:

我的医生已经告知我将要进行的检查及治疗方式,此次检查治疗及检查治疗后可能发生的并发症和风险,可能存在的其他检查,治疗方法,并解答了我关于此次检查治疗的相关问题。

我的医生已经告知我将要进行的检查及治疗的相关费用。

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治疗所产生的费用。

患者签名: [ ] 签名日期 2020 年 3 月 17 日

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的家属在此签名:

患者授权家属签名: [ ] 患者关系 父亲 签名日期 2020 年 3 月 17 日

### 医生陈述

我以告知患者将要进行的 ERCP 手术操作方式,操作存在的潜在风险,有可能存在的其他方法并且解答了患者关于此次操作的相关问题。

医生签名: [ ] 签名日期 2020 年 3 月 17 日

# 电子超声内镜诊疗知情同意书

患者姓名	性别	年龄	科室	病历号
	女	35		

## 疾病介绍和治疗建议

医生告知我根据病情的需要，有必要应用电子超声内镜进行 超声引导下穿刺活检术，我已充分理解以下内容并做出接受检查及治疗的决定。

医生已告知我除超声内镜外还可以选择其他方法，包括但不限于：透视、CT、MRI、外科手术探查等。我仍坚持选择应用超声内镜。

## 潜在风险和对策

医告知我可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体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诊疗的具体内容，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) 各种麻醉意外以及药物所引起的过敏、中毒等一系列不良反应（药物包括：麻醉剂、造影剂、染色剂、硬化剂、止血药、抗肿瘤药、阿托品、安定类、术中应用的药物等）。
- 2) 咽喉部损伤、喉头痉挛、窒息、缺氧、呼吸困难等。
- 3) 唾液腺肿胀、下颌关节脱位、牙齿脱落、球结膜充血或出血、抽搐、癫痫、癫痫发作、流产等。
- 4) 各种原因引起的出血、穿孔、溃疡、腹胀、腹痛、贲门粘膜撕裂、胃扩张、急性胃粘膜病变、肠绞痛、肠系膜撕裂、十二指肠乳头损伤出血、皮下气肿等。
- 5) 各种原因引起的感染，包括咽喉部感染、吸及性肺炎、急性胰腺炎、急性化脓性胆管炎、胆囊炎、败血症、多脏器衰竭等。
- 6) 各种心脑血管意外：包括心率加快、血压升高、心律失常、心绞痛、心肌梗死、心跳骤停、脑梗塞、脑出血等。
- 7) 患者不能配合，操作失败并引起副损伤。
- 8) 内镜嵌顿，需外科手术取出。
- 9) 术后症状不缓解甚至加重，疾病复发。
- 10) 术中需应用各种染色剂，造成术中、术后不适。

院医表字[2010]022号

- 11) 因消化道清洁程度差, 未能发现病变。
  - 12) 病变过小, 无法观察。
  - 13) 消化道狭窄, 内镜未能到达病变处。
  - 14) 外压隆起性病变移位后此次未能发现。
  - 15) 病情变化, 此次检查结果与前次检查结果差别过大。
  - 16) 由于剂压、肿瘤浸润等原因, 病变层次显示不清, 不能分辨壁内或壁外病变。
- 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诊疗方式、相关费用、此次诊疗及诊疗后可能发生的并发症和风险, 可能存在的其它诊疗方法并且解答了我关于此次诊疗的相关问题。

我已了解此项诊疗会产生一定的不适感, 所以还可选择无痛方式, 无痛诊疗相关信息详见麻醉知情同意书及无痛电子内镜知情同意书。

我同意在诊疗中医生可以根据我的病情对预定的诊疗方式做出调整。

我理解我的诊疗需要多位医护人员共同进行。

我并未得到诊治百分之百成功的许诺。

我授权医师对术中取得的病变器官、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: [redacted] 签名日期: 2020 年 3 月 17 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: [redacted]  
患者授权亲属签名: [redacted] 与患者关系: 父亲 签名日期: 2020 年 3 月 17 日

#### 医生陈述

我已经告知患者将要进行的诊疗方法、可能发生的并发症和风险、可能存在的其它诊疗方法并且解答了患者关于此次诊疗的相关问题。

医生签名: 阮敏 签名日期: 2020 年 3 月 17 日