

# 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	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\_\_\_\_\_ 电话\_\_\_\_\_ 签名日期 2019年12月28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 2024 年 12 月 28 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: 2024 年 12 月 28 日

# 遵义医学院附属医院

## 内镜下食管胃静脉曲张介入治疗知情同意书

患者姓名

性别

年龄

科室

住院号

### 治疗潜在风险和对策

医生告知我患有 食管胃静脉曲张破裂出血 须行如下诊疗手术：☐ 常规胃镜检查 ☐ 内镜下食管静脉曲张硬化术 ☒ 食管静脉曲张套扎术 ☐ 胃静脉曲张组织胶栓塞术

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；三腔二囊管压迫；TIPs；外科手术等。

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，具体的治疗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治疗方式的具体内容，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. 我理解此检查或治疗可能发生的风险和医生的对策：
  - 1) 过敏反应（造影剂、硬化剂、及麻醉剂等），过敏性休克；
  - 2) 咽喉部损伤；
  - 3) 感染、吸入性肺炎；
  - 4) 食管贲门撕裂；
  - 5) 食管穿孔、脓胸；
  - 6) 检查及治疗中/后消化道大出血；
  - 7) 严重心律失常、心肌梗死；
  - 8) 脑血管病；
  - 9) 猝死；
  - 10) 发热；胸痛；
  - 11) 吞咽困难；
  - 12) 菌血症；
  - 13) 食管粘膜内血肿；
  - 14) 食管狭窄；
  - 15) 胸腔积液及其他肺部并发症（肺浸润、肺不张、急性呼吸窘迫综合征等）；
  - 16) 纵隔炎、心包积液；
  - 17) 异位栓塞（肺、脑、心脏等）；

18) 其他少见并发症, 如一过性血红蛋白尿、镜下血尿等;

19) 治疗效果不满意;

20) 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;

21) 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: \_\_\_\_\_。

4. 我理解如果我患有高血压、心脏病、脑血管病、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, 或者在治疗中或治疗后出现相关的病情加重或心、脑血管意外, 甚至死亡。

5. 我理解治疗后如果我不遵医嘱, 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\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_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\_\_\_\_\_ 签名日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_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\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日