

华中科技大学同济医学院附属协和医院

消化道内镜下黏膜剥离术治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: 15岁 住院号: [REDACTED]

内镜检查或治疗名称: 消化道内镜下黏膜剥离术

根据患者目前的病情,需进行上述检查(治疗)。本医师已向患者说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能预防的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者本人(或近亲属)交代并说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表面医院并签字。

谈话医师签字:

日期: 2020 年 8 月 25 日 11 时

本人系患者(代理人),因患上述疾病,需行上述检查或治疗。医师已告知实施此检查或治疗的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共 14 条告知内容,我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果,同意接受此检查或治疗,并授权医师对检查或治疗中切除标本或组织进行合理的医学处理。因系本人愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者本人签名:

患者近亲属签名: [REDACTED] 与患者的关系: [REDACTED]

日期: 2020 年 8 月 25 日 11 时

本人系患者(代理人),因患上述疾病,需行上述检查或治疗。医师已告知实施此检查或治疗的必要性以、可能发生的医疗风险和不良后果,以及拒绝检查(治疗)的医疗风险。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共 条告知内容,我已充分理解,且明确知道接受检查的风险和后果,拒绝接受此检查或治疗,并授权医师对检查或治疗中切除标本或组织进行合理的医学处理。因系本人愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者本人签名:

患者近亲属签名: 与患者的关系:

日期: 年 月 日 时

消化道内镜下粘膜剥离术(ESD)不良后果及医疗风险告知内容

1. 咽喉部损伤、水肿和出血，下颌关节脱臼，腮腺肿大
2. 呕吐引起胃内容物吸入气管并导致呼吸道窒息
3. 术前和术中药物过敏或出现药物不良反应，插镜诱发哮喘、瘧病和癫痫发作
4. 心脑血管意外（中风、严重心律失常、心脏骤停等）和不可预测的危险和意外
5. ESD术中发生大出血，需要内镜止血治疗
6. 内镜止血不成功，需要反复内镜止血治疗，甚至外科手术治疗
7. ESD术后病变迟发性出血，需要内镜或手术治疗
8. 止血夹止血后止血夹残留，需要以后内镜取出
9. ESD术中和术后发生消化道穿孔，内镜修补不成功需要外科手术治疗
10. 消化道穿孔后腹腔或胸腔感染
11. 病变切除不完整，需二次外科手术治疗
12. 麻醉意外（麻醉药物过敏、呼吸心跳骤停等）
13. 由于特殊检查（治疗）前后转运途中、特殊检查（治疗）中的环境条件限制，在原有病情加重或出现隐性疾病突发，甚至呼吸心跳骤停时，将会影响抢救措施的实施
14. 其他不能预料或者不能防范的不良后果和医疗风险

特殊检查（治疗）知情同意书

姓名: 性别: 年龄: 科别: 病区: 床号: 住院病历号: 临床诊断: 安主

特殊检查(治疗)名称: 心电图 心电图下-88

根据患者目前的病情,需进行上述检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交代并说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名:

日期: 2020 年 8 月 25 日 11 时 30 分

本人系患者（代理人），（患者）因患上述疾病，需行上述检查（治疗）。 医师已告知实施此检查（治疗）的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共 14 条告知内容，我已充分理解，且愿意承担相应的风险和后果，**同意**接受此检查（治疗），并授权医师对检查（治疗）中切除标本或组织进行合理的医学处理。因系本人意愿，目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(代理人)签名

患者近亲属签名: 与患者的关系:

日期: 2020 年 8 月 7 日 11 时 00 分

本人系患者（代理人），（患者）因患上述疾病，需行上述检查（治疗）。_____医师已告知实施此检查（治疗）的必要性、可能发生的医疗风险和不良后果，以及拒绝检查（治疗）的医疗风险。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共_____条告知内容，我已充分理解，且明确知道接受检查（治疗）和拒绝检查（治疗）应承担的风险，决定**拒绝**接受该检查（治疗），由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿，目前及以后对此不提出异议。

患者（代理人）签名：

患者近亲属签名：_____ 与患者的关系：_____

日期: 年 月 日 时 分

特殊检查（治疗）不良后果及医疗风险告知内容

特殊检查（治疗）前准备、特殊检查（治疗）中及特殊检查（治疗）后可能出现的并发症及不良后果告知（谈话）的基本内容列举如下：

1. 特殊检查（治疗）前后转运途中、特殊检查（治疗）中可能出现隐性疾患突发，甚至呼吸心跳骤停。
2. 由于特殊检查（治疗）前后转运途中、特殊检查（治疗）中的环境条件限制，在原有病情加重或出现隐性疾患突发，甚至呼吸心跳骤停时，将会影响抢救措施的实施。
3. 检查中无法查出病因治疗效果不满意甚至无效。
4. 麻醉意外（麻醉药过敏、呼吸心跳骤停等）。
5. 出血、血肿形成。
6. 感染、瘢痕形成。
7. 可能无法实施检查（治疗），或治疗后复发，需进一步治疗。
8. 血胸、气胸。
9. 神经损伤。
10. 栓塞；迷走神经反射性心脏抑制。
11. 因解剖变异或特殊检查（治疗）路径的原因，可能无法避免地损伤周围及附近组织器官。
12. 因治疗药物的不良反应，引起组织器官的损害。
13. 各专科特殊检查（治疗）特有的并发症及不良后果等。
14. 其他无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。

华中科技大学同济医学院附属协和医院
特殊检查（治疗）知情同意书

姓名 性别 男 年龄 75 科别 消化 病区 床号 住院病历号
临床诊断:

特殊检查(治疗)名称: 内镜下黏膜剥离术(ESD)

根据患者目前的病情,需进行上述检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交代并说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名:

日期: 2020 年 8 月 19 日 15 时 0 分

本人系患者(代理人), (患者)因患上述疾病,需行上述检查(治疗)。 医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共 10 条告知内容,我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果, **同意** 接受此检查(治疗),并授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理。因系本人意愿,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(代理人)签名:

患者近亲属签名: 与患者的关系:

日期: 2020 年 8 月 19 日 15 时 0 分

本人系患者(代理人), (患者)因患上述疾病,需行上述检查(治疗)。 医师已告知实施此检查(治疗)的必要性、可能发生的医疗风险和不良后果,以及拒绝检查(治疗)的医疗风险。对医师以上说明及本页背面举例讲解的共 条告知内容,我已充分理解,且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险,决定 **拒绝** 接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿,目前及以后对此不提出异议。

患者(代理人)签名:

患者近亲属签名: 与患者的关系:

日期: 年 月 日 时 分

特殊检查（治疗）不良后果及医疗风险告知内容

特殊检查（治疗）前准备、特殊检查（治疗）中及特殊检查（治疗）后可能出现的并发症及不良后果告知（谈话）的基本内容列举如下：

1. 特殊检查（治疗）前后转运途中，特殊检查（治疗）中可能出现隐性疾患突发，甚至呼吸心跳骤停。
2. 由于特殊检查（治疗）前后转运途中，特殊检查（治疗）中的环境条件限制，在原有病情加重或出现隐性疾患突发，甚至呼吸心跳骤停时，将会影响抢救措施的实施。
3. 检查中无法查出病因治疗效果不满意甚至无效。
4. 麻醉意外（麻醉药过敏、呼吸心跳骤停等）。
5. 出血、血肿形成。
6. 感染、瘢痕形成。
7. 可能无法实施检查（治疗），或治疗后复发，需进一步治疗。
8. 血胸、气胸。
9. 神经损伤。
10. 栓塞；迷走神经反射性心脏抑制。
11. 因解剖变异或特殊检查（治疗）路径的原因，可能无法避免地损伤周围及附近组织器官。
12. 因治疗药物的不良反应，引起组织器官的损害。
13. 各专科特殊检查（治疗）特有的并发症及不良后果等。
14. 其他无法预料或者不能防范的不良后果和医疗风险。