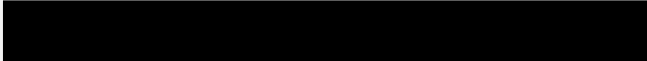


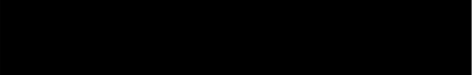
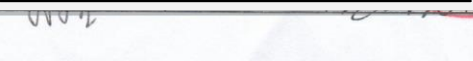


电子内窥镜检查治疗前谈话记录及知情同意书

姓 名	[REDACTED]		地址	
ID号	[REDACTED]		科室	消化内科
临床诊断	小肠溃疡、慢性胰腺炎			
检查治疗适应症和禁忌症	符合内镜检查治疗适应症，无禁忌症。			
拟施检查治疗	超声胃镜	拟行麻醉或镇静	镇静	
检查治疗前准备	1、禁食；2、完善相关检查；3、肠镜相关诊治需要清洁肠道；4、保持血压、血糖及其他生命体征平稳。			
检查治疗中、后可能出现因患者自身疾病所致或内镜诊治相关的医疗意外及并发症	<p>1、药物过敏；2、麻醉意外；3、腹痛、腹胀；4、消化道出血；5、消化道穿孔；6、不可预知的心跳呼吸骤停、胸腹动脉破裂或猝死；7、术中损伤神经、血管及邻近器官；8、加重或诱发原有疾病；9、感染；10、胃肠道准备不佳，无法操作或各种原因操作失败；11、其他难以预料的意外；12、需要外科手术；13、术中及术后疼痛；14、止血夹存留；15、拔镜困难；16、支架移位或脱落；17、麻醉、镇静后可能出现遗忘。</p> <p>胃镜检查治疗除以上可能出现的并发症或风险外，还可能发生：</p> <p>1、咽部损伤、喉头痉挛、腮腺肿胀；2、下颌关节脱臼；3、过度呕吐，发生食管贲门粘膜撕裂、误吸窒息的可能。</p>			
会增加内镜操作风险的情况，请如实说明并在（）内打√或填写	<p>严重心、肺、脑、肝、肾或其他严重疾病（） 高血压病（） 血友病（） 胸腹主动脉瘤（） 过敏史（） 精神失常（） 妊娠（） 高度脊柱畸形（） 青光眼（） 近7天内有无服用阿司匹林、氯吡格雷、达比加群、利伐沙班、西洛他唑、华法令等影响凝血功能药物（）</p> <p>其他要报告的情况_____</p>			
医院声明	<p>医生将严格按医疗工作制度及操作常规进行检查治疗，尽量避免以上情况的发生。但由于每个患者的特殊性、医学的局限性，以上情况有时仍无法避免。医院会尽力救治，但经抢救后亦有可能效果不佳或无效，院方仍将按规定收取医疗费用。患者或家属及单位应做好思想准备。若同意检查治疗，并同意以上条件，签字为证。如不同意检查治疗，医院决不勉强。</p>			
患方意见	<p>对于本次检查或治疗的内容及有关术中、术后可能出现的并发症或意外，贵院已详尽作了说明，我们已充分理解，认为是有必要进行的，经慎重考虑，愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的并发症及意外情况，同意医生检查治疗，并签字为证。若出现需要外科处理的并发症，同意无条件转外科治疗。</p>			
患者签名		家属签名	[REDACTED]	与患者关系
谈话医生	[REDACTED]	上级医师	[REDACTED]	日期
				2020-7-13

联系电话_____

电子内窥镜检查治疗前谈话记录及知情同意书

姓 名			
ID号			
临床诊断			
检查治疗适应症和禁忌症	符合内镜检查治疗适应症，无禁忌症。		
拟施检查治疗	结肠镜	拟行麻醉或镇静	静脉
检查治疗前准备	1、禁食；2、完善相关检查；3、肠镜相关诊治需要清洁肠道；4、保持血压、血糖及其他生命体征平稳。		
检查治疗中、后可能出现因患者自身疾病所致或内镜诊治相关的医疗意外及并发症	<p>1、药物过敏；2、麻醉意外；3、腹痛、腹胀；4、消化道出血；5、消化道穿孔；6、不可预知的心跳呼吸骤停、胸腹动脉破裂或猝死；7、术中损伤神经、血管及邻近器官；8、加重或诱发原有疾病；9、感染；10、胃肠道准备不佳，无法操作或各种原因操作失败；11、其他难以预料的意外；12、需要外科手术；13、术中及术后疼痛；14、止血夹存留；15、拔镜困难；16、支架移位或脱落；17、麻醉、镇静后可能出现遗忘。</p> <p>胃镜检查治疗除以上可能出现的并发症或风险外，还可能发生：</p> <p>1、咽部损伤、喉头痉挛、腮腺肿胀；2、下颌关节脱臼；3、过度呕吐，发生食管贲门粘膜撕裂、误吸窒息的可能。</p>		
会增加内镜操作风险的情况，请如实说明并在（）内打√或填写	<p>严重心、肺、脑、肝、肾或其他严重疾病（） 高血压病（） 血友病（） 胸腹主动脉瘤（） 过敏史（） 精神失常（） 妊娠（） 高度脊柱畸形（） 青光眼（） 近7天内有无服用阿司匹林、氯吡格雷、达比加群、利伐沙班、西洛他唑、华法令等影响凝血功能药物（）</p> <p>其他要报告的情况_____</p>		
医院声明	<p>医生将严格按医疗工作制度及操作常规进行检查治疗，尽量避免以上情况的发生。但由于每个患者的特殊性、医学的局限性，以上情况有时仍无法避免。医院会尽力救治，但经抢救后亦有可能效果不佳或无效，院方仍将按规定收取医疗费用。患者或家属及单位应做好思想准备。若同意检查治疗，并同意以上条件，签字为证。如不同意检查治疗，医院决不勉强。</p>		
患方意见	<p>对于本次检查或治疗的内容及有关术中、术后可能出现的并发症或意外，贵院已详尽作了说明，我们已充分理解，认为是有必要进行的，经慎重考虑，愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的并发症及意外情况，同意医生检查治疗，并签字为证。若出现需要外科处理的并发症，同意无条件转外科治疗。</p>		
患者签名		与患者关系	父子
谈话医生		日期	2020-7-2

联系电话_____