



消化道息肉内镜下切除术知情同意书

科别 [] 床号 [] 姓名 [] 性别 [] 年龄 [] 住院号 []
手 [] 日来内镜中心诊治, 诊断为 []。

拟行内镜下切除。该项治疗是一种微创手术, 一般情况下是安全的, 但也存在风险, 为维护您的合法权益, 现将可能存在的风险告知如下:

- 1、术中或术后胃肠道出血; 术后创面溃疡或应激性溃疡并出血;
- 2、消化道穿孔, 感染, 切除不完全或手术失败, 转外科手术, 术后复发或不能全部切除;
- 3、病变粘连切除困难, 仅能分片切除或无法继续手术;
- 4、原有疾病加重, 术中术后心、肝、肺、肾等重要脏器损害、心肺骤停等意外;
- 5、消化道狭窄、消化道瘘等及其他难以预料的严重并发症;
- 6、标本收集困难, 甚至不能收集送检;
- 7、如遇有病理回示为恶性或病灶侵入深层者应进一步追加外科手术;
- 8、具体切除方式视病变而定, 如: 电切、剥离、射频等方式;
- 9、术后建议住院观察, 如患者及家属要求离院观察, 如有病情变化立即来院就诊。

病人及家属对上述告知已详细阅读, 对告知的内容表示理解, 经慎重考虑, 决定做此项治疗, 并保证承担全部所需费用。

患方签名 []

与病人关系 []

医师签名 []