

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

病案号 [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 27 科室: [REDACTED]

一、病情及所需手术/操作/特殊治疗

医生已解释如下病情(诊断):

贲门失迟缓

上述情况需如下手术/操作/特殊治疗:

POEM 术

二、手术/操作/特殊治疗风险

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

- 1、药物过敏反应。
- 2、POEM 内镜治疗过程中偶有导致消化道穿孔的可能,有系统性疾病、肿瘤患者及老年人风险高,此时可能需要开胸手术等治疗。
- 3、操作过程中,有可能发生消化道大出血,此时可能需要进行内镜下止血或手术治疗。
- 4、POEM 术后可能出现反流性食管炎、感染、隧道内瘘等并发症。
- 5、POEM 治疗后可能出现胸腹部气肿等。
- 6、其他一切不可预知风险。
- 7、

手术/操作/特殊治疗知情同意书

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

气囊扩张术

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

需要反复操作；扩张术后不能再行 POEM 术。

四、医生声明

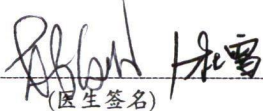
我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况：

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗及其风险
- 相关替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/近亲属/代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书


(医生签名)

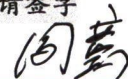
2017.7.3
(签字日期)

五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容：

- 医生已向我解释手术/操作/特殊治疗相关内容。
- 我已了解手术/操作/特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险/并发症带来的后果。
- 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 我了解当手术/操作/特殊治疗过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
- 医生已解释替代治疗方案及其风险。
- 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
- 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
- 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
- 我了解术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。
- 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字



抄写：同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2017.07.03

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

(请与横线上抄写：拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

病案号 [REDACTED]

姓名: [REDACTED]

性别: 男

年龄: 17

科室: [REDACTED]

一、病情及所需手术/操作/特殊治疗

医生已解释如下病情(诊断):

贲门失弛缓

上述情况需如下手术/操作/特殊治疗:

POEM 术

二、手术/操作/特殊治疗风险

上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:

- 1、药物过敏反应。
- 2、POEM 内镜治疗过程中偶有导致消化道穿孔的可能, 有系统性疾病、肿瘤患者及老年人风险高, 此时可能需要开胸手术等治疗。
- 3、操作过程中, 有可能发生消化道大出血, 此时可能需要进行内镜下止血或手术治疗。
- 4、POEM 术后可能出现反流性食管炎、感染、隧道内瘘等并发症。
- 5、POEM 治疗后可能出现胸腹部气肿等。
- 6、其他一切不可预知风险。
- 7、

手术/操作/特殊治疗知情同意书

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

气囊扩张术

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的如下风险：

需要反复操作；扩张术后不能再行 POEM 术。

四、医生声明

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况：

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗及其风险
- 相关替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/近亲属/代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书



(医生签名)

2018.5.29

(签字日期)

五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容：

- 医生已向我解释手术/操作/特殊治疗相关内容。
- 我已了解手术/操作/特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险/并发症带来的后果。
- 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 我了解当手术/操作/特殊治疗过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
- 医生已解释替代治疗方案及其风险。
- 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
- 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
- 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
- 我了解术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。
- 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容自愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

同意

(请与横线上抄写：同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

2018.5.29

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

(请与横线上抄写：拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

北京协和医院

手术/操作/特殊治疗知情同意书

病案号 [REDACTED]

姓名: [REDACTED] 性别: 男 年龄: 19 科室: [REDACTED]

一, 病情及所需手术/操作/特殊治疗
医生已解释如下病情(诊断):
贲门失迟缓

上述情况需如下手术/操作/特殊治疗:
POEM 术

- 二, 手术/操作/特殊治疗风险
- 上述手术/操作/特殊治疗有如下风险/并发症:
- 1、药物过敏反应。
 - 2、POEM 内镜治疗过程中偶有导致消化道穿孔的可能, 有系统性疾病、肿瘤患者及老年人风险高, 此时可能需要开胸手术等治疗。
 - 3、操作过程中, 有可能发生消化道大出血, 此时可能需要进行内镜下止血或手术治疗。
 - 4、POEM 术后可能出现反流性食管炎、感染、隧道内瘘等并发症。
 - 5、POEM 治疗后可能出现胸腹部气肿等。
 - 6、其他一切不可预知风险。
 - 7、

手术/操作/特殊治疗知情同意书

三、相关替代治疗方案

医生已充分解释如下相关替代治疗方案：

气囊扩张术

医生已充分解释选择相关替代治疗方案的下风险：

需要反复操作；扩张术后不能再行 POEM 术。

四、医生声明

我已向患者本人/近亲属/代理人解释如下情况：

- 目前病情发展程度及治疗的必要性
- 所需治疗及其风险
- 相关替代治疗方案及其风险
- 上述风险发生后的可能后果

我已给予患者本人/近亲属/代理人如下机会：

- 询问上述情况的相关问题及其他问题

我认为患者本人/近亲属/代理人已了解上述信息，并将依据相关法律规定签署同意书

马云岭

(医生签名)

(签字日期)

五、患者本人/近亲属/代理人意见

我确认以下内容：

- 医生已向我解释手术/操作/特殊治疗相关内容。
- 我已了解手术/操作/特殊治疗相关风险及并发症，以及这些风险/并发症带来的后果。
- 我同意授权手术/操作/特殊治疗相关医生根据术中情况选择下一步或其他治疗方案。
- 我了解当手术/操作/特殊治疗过程中出现针刺伤时，可能会抽取患者血样进行特殊化验。
- 我确认所提供之患者信息准确无误并且无所保留。
- 我确认本人具备合法资格签署本同意书。
- 我已了解术中所取器官或标本将由院方处理。
- 医生已解释替代治疗方案及其风险。
- 医生已解释患者预后及不进行该手术/操作/特殊治疗所面临的风险。
- 我了解医生无法保证该手术/操作/特殊治疗可以缓解患者病情。
- 医生已向我充分解释患者病情及该手术/操作/特殊治疗的具体方案。我已了解相关风险及后果，包括本患者最易出现的风险。
- 我了解术中可能留取影像资料，资料可能被用于教学(影像资料将被处理，无法从中识别患者)。
- 我已就患者病情、手术/操作/特殊治疗、相关风险以及替代治疗方案提出相关问题。医生已回答相关问题。我对医生的回答感到满意。

如您确认以上内容志愿选择第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

同意

(请与横线上抄写：同意)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)

如您确认以上内容并自主决定拒绝第一项中所述手术/操作/特殊治疗，请签字

(请与横线上抄写：拒绝)

(患者本人/近亲属/代理人签名)

(签字日期)