

青岛大学附属医院

胃镜检查知情同意书

疾病介绍和治疗建议:

医生告知我目前诊断考虑为结肠管状腺瘤, 根据病情诊治的需要, 我有必要进行胃镜检查, 医生建议我认真了解以下相关内容并做出是否接受检查的决定。

胃镜检查的适应证:

1、凡有上消化道症状, 疑及食管、胃及十二指肠病变, 临床需要确诊者。2、原因不明的消化道出血。3、上消化道X线钡餐检查不能确定病变性质者。4、已确诊的上消化道病变如溃疡、慢性胃炎、胃癌前病变等, 需胃镜随访复查者。5、怀疑上消化道异物患者。6、有胃癌家族史, 需要进行胃镜检查者。7、有其它系统疾病或临床其它发现, 需要胃镜检查进行辅助诊断者。

胃镜检查的禁忌证:

1、相对禁忌证: (1) 心肺功能不全。(2) 消化道出血患者而血压未平稳者。(3) 有出血倾向, 血红蛋白低于50g/L者。(4) 高度脊柱畸形, 巨大食管或十二指肠憩室。

2、绝对禁忌证: (1) 严重心肺疾患, 如严重心律失常、心肌梗塞急性期、重度心力衰竭、哮喘发作期、呼吸衰竭不能平卧等患者。(2) 疑及休克、消化道穿孔等危重患者。(3) 严重精神失常不合作的精神病患者(必要时可进行无痛内镜)。(4) 口腔咽喉急性炎症患者。(5) 急性食管、胃腐蚀性炎症患者。(6) 明显的主动脉瘤、脑梗急性期、脑出血患者。(7) 烈性传染病患者。

检查存在风险和对策:

医生已告知我如下胃镜检查可能发生的风险, 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。

1. 我理解任何操作麻醉都存在风险。

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. 我理解此操作可能发生的风险和医生的对策:

(1) 过敏反应、 过敏性休克

(2) 咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎

(3) 食道贲门撕裂

(4) 食管、胃肠穿孔

(5) 出血

(6) 原有食道胃底静脉曲张, 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/后可能发生其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项, 如: 。

4. 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。

5. 我理解操作中如果我的体位不当或不遵医嘱, 可能影响检查效果。

6. 我理解术中可能需要使用自费材料, 并同意使用。

一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

医生陈述:



扫描全能王 创建

青岛大学附属医院
胃镜检查知情同意书

我已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、可能存在的其他治疗方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

检查操作医师为：

经治医师签名：

签署日期： 2016年11月7日 10:09:22

患者知情选择：

医师已经告知我将要进行的检查或治疗方式、此次检查或治疗及检查或治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其他检查治疗方法并且解答了我关于此次检查治疗的相关问题。我同意将要进行的检查或治疗方式并同意在检查治疗中医师可以根据病情对预定的检查治疗方式作出调整。我授权医师对检查或治疗的切除的病变器官、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。我理解我的检查或治疗需要多位医师共同进行。我并未得到检查百分之百成功的许诺。

患者签名：

如果患者无法签署，请其授权委托人或法定监护人签名：

与患者关系：

签署日期：

2016年11月7日 10:09:22

