

胃肠镜诊疗知情同意书

尊敬的患者或患者代理人:

根据您的病情, 您有该诊疗的适应症, 根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定, 胃、肠镜诊疗属于特殊诊疗, 是具有一定危险性的检查或治疗, 主要是由于患者体质特殊或者病情危重, 可能对患者产生不良后果和危险。医师特向您详细介绍和说明如下内容: 诊疗项目名称、目的、费用、可能出现的并发症、风险及替代医疗方案, 帮助您了解相关知识, 作出选择。

【诊疗前诊断】 便血待查

【建议拟行诊疗名称】 ☒ 胃镜检查 ☒ 结肠镜检查 ☐ 内镜下治疗 ☒ 超声内镜

【拟行诊疗指征及禁忌症】

诊疗指征: 1、健康体检; 2、怀疑消化系统病变需要确诊或排除; 3、消化道影像学及其他检查方法未能明确诊断; 4、消化道病变或消化道手术后需要内镜随访复查; 5、消化道息肉。
除外以下绝对禁忌症: 1、严重心肺疾患, 如严重心律失常、心肌梗塞活动期、重度心力衰竭及哮喘、呼吸衰竭不能平卧者, 无法耐受内镜检查; 2、休克或消化道穿孔等危重患者; 3、急性重症咽喉疾患内镜不能插入者; 4、食管、胃急性腐蚀性炎症患者; 5、胸腹主动脉瘤、脑卒中(脑出血或梗塞急性期)患者; 6、严重出血功能异常; 7、严重贫血(Hb<6g/dl); 8、急性传染病。

【不同的诊疗方案介绍】

根据您的病情, 目前我院主要有如下几种诊疗方案:

1、胃、肠镜诊疗, 在检查中若发现大小在0.5cm以下, 数量不多且易操作的息肉可以同期进行摘除手术, 免除您再次进行胃肠道准备的不适, 节约时间和费用; 2、钡餐、钡灌肠等简单易行, 但小的病变显示不清; 不能活检治疗; 3、CT、MRI等影像学检查简单易行, 但小的病变显示不清, 不能活检治疗, 费用比较高; 4、腹腔镜探查或剖腹探查, 创伤大, 费用高; 5、胃肠息肉、小肿瘤也可行开腹或腹腔镜下手术切除, 但手术创伤大、费用高, 在息肉大、癌变或内镜下治疗不成功时采用; 6、其他:

【建议拟行诊疗名称】 胃镜/肠镜检查

【诊疗目的】 明确诊断, 指导治疗。

【拟行诊疗日期】 2021-09-30

【拒绝诊疗可能发生的后果】 延误诊断和治疗可能。

【患者自身存在高危因素】

☐ 严重心脑血管疾病 ☐ 恶性肿瘤 ☐ 免疫功能低下 ☐ 高龄 ☐ 严重脏器功能不全 ☐ 凝血功能障碍 ☐ 近期服用抗凝血药物史 ☐ 大咯血 ☐ 其它。

【诊疗费用】

1、如果选择无痛诊疗, 社保规定麻醉费用自理2、术中可能使用的医用耗材包括: 一次性活检钳、一次性套扎器、一次性止血夹、热活检钳等3、如有活检病理检查费另收4、超声内镜操作费

上述费用需 ☐ 自费 ☒ 部分自费 ☐ 超过千元

【诊疗可能出现的并发症、医疗风险】

1、诊疗过程中, 可能会出现严重恶心、呕吐反应, 导致食管、贲门粘膜撕裂; 2、胃内容物反流、呕吐等导致吸入性肺炎、窒息等; 3、胃镜检查过程中咽喉受到刺激引起喉痉挛导致严重缺氧等并发症; 4、活检、或病变组织切除后引起消化道即刻或迟发的大出血, 严重者导致出血性休克; 5、诊疗过程中各种原因导致的即刻或迟发的消化道穿孔, 严重者导致腹膜炎需要外科手术;

医师签名: 

胃肠镜诊疗知情同意书

6、血压剧烈波动导致心脑血管意外；7、胃、肠粘膜损伤，唇、舌、梨状窝损伤，牙齿破损、松动或脱落，下颌关节脱臼等不可预料性损伤；8、其他可能发生无法预料或者不能防范的并发症，甚至死亡等。9、做无痛胃肠镜诊疗时，可引起麻醉意外等详见手术室外麻醉知情同意书。10、需要同期进行小息肉或内镜下手术摘除术，可能会增加上述诊疗风险。另外，数量多或大小不一的息肉，为了您的安全并减少并发症，需要分期进行摘除术，即本次行小息肉摘除，下次还需再次摘除或手术。

11、其他：

【诊疗后主要注意事项】 术后禁食禁饮至少1小时，如有严重腹痛、大量出血、高热等不适症状请立即就诊。

我们将以高度的责任心，认真执行诊疗操作规程，做好抢救物品的准备，针对可能发生的并发症做好应对措施及诊疗过程中的密切观察。但由于医疗技术水平的局限性，个人体质的差异，医疗意外风险不能做到绝对避免，也可能出现不可预见且未能告知的特殊情况，恳请理解。

鉴于诊疗设备、条件、位置、体质等因素的影响，该特殊诊疗可能无法完成，有可能无法得出预期的结果，或结果得出后仍无法作出明确诊断，需再做进一步的诊疗；且结果存在一定的误差率；诊疗结果需要医师结合临床综合判断。

我已向患者解释过此知情同意书的全部条款，我认为患者或患者委托代理人已知并理解了上述信息。

医师签名：

患者及委托代理人意见：

签名时间：2020-09-27 12:37

医师向我解释过我的病情及所接受的特殊诊疗，并已就上述医疗风险向我进行了详细说明。我了解该诊疗可能出现的风险和结果的不确定性等情况。如发现息肉等病损组织：

我 ☒ 同意 或 ☐ 不同意 检查医生给予摘除或治疗。

医师也向我介绍过其他可替代检查方案及其风险，我也知道我有权拒绝或放弃此项检查，并知道由此带来的不良后果及风险；我已就我的病情、该检查及其风险以及相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了满意的答复。

我 ☒ (填同意) 接受该诊疗方案并愿意承担诊疗风险。

并授权医师：在发生紧急情况下，为保障本人的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的方案实施必要的抢救。

我 ☐ (填不同意) 接受该诊疗方案，并且愿意承担因拒绝施行诊疗而发生的一切后果。

患者/法定监护人/委托代理人签名1：

签名时间：2020-09-27 12:38

温州医科大学附属第一医院

标识号0001S05087

胃肠镜诊疗知情同意书

姓名 杨利利