



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

TONGJI MEDICAL COLLEGE OF HUAZHONG UNIVERSITY OF SCIENCE & TECHNOLOGY

同济医院

消化内镜检查及治疗知情同意书

姓名: 性别: 年龄: 科别: 床号: 住院病历号:

诊断: 肠梗阻

推荐特殊检查(治疗)名称:

根据患者目前的病情,需进行 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)方案的必要性及优缺点,由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者或患者近亲属(或代理人)交代。若发生所述情况,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救。是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

其他可供选择(检查)治疗方案: 其他

谈话医师签名:

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 肠梗阻 疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查(治疗),同时授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理,本人意愿承担相应风险和后果。因系本人意愿,以后对此不提出异议。

(签署意见)

患者(监护人、代理人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者的关系):

签名时间: 2022年02月15日 17时52分

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患 疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系本人意愿,以后对此不提出异议。

(签署意见)

患者(监护人、代理人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者的关系):

签名时间:



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

同济医院

TONGJI MEDICAL COLLEGE OF HUAZHONG UNIVERSITY OF SCIENCE & TECHNOLOGY

消化内镜检查及治疗知情同意书

姓名 性别 年龄 科别 床号 住院病历号

消化内镜检查及治疗知情同意书谈话内容

特殊检查（治疗）名称：

☒ 1. 胃镜 ☒ 2. 大肠镜 ☒ 3. 超声内镜 ☒ 4. 小肠镜 ☒ 5. 治疗内镜

消化内镜检查及治疗的并发症及不良后果列举如下：

☒ 1. 内镜检查最主要的并发症是消化道穿孔、出血和感染。为防止交叉感染，每一位患者必须检查乙型肝炎病毒标志物；

☒ 2. 内镜治疗可能出现以下情况：①探条或球囊扩张可能出现穿孔、出血、感染、反流性食管炎、狭窄复发及再狭窄。②消化道息肉摘除可能出现穿孔、出血。③放置支架可能出现支架移位、脱落、堵塞等。④取异物，因异物因素等原因，可能会失败，并引起粘膜损伤、出血及异物嵌顿。⑤食管 静脉曲张注射硬化剂或套扎

可能引起继发性出血、食管糜烂、溃疡、穿孔及纵膈脓肿。上述并发症后果严重者可致死亡；

☒ 3. 其它的并发症尚有咽喉部疼痛、声音嘶哑、下颌脱臼、腮腺肿胀、误吸等；

☒ 4. 无痛内镜可能出现以下情况：呕吐、误吸、吸入性肺炎；喉痉挛、支气管痉挛；呼吸抑制等；

☒ 5. 十分罕见，但后果严重的并发症有：心脑血管意外、麻醉意外（麻醉药物过敏、心跳呼吸骤停）；

☒ 6. 发现病变或可以活检，常规需要作病理活检来明确诊断，但由于活检病变组织的局限性，以及活检无法取得深部组织等原因，可能无法得到正确的结果，需要随访或再次活检和做其他检查加以确诊；

☐ 7.

☐ 8.

以上共 项，我已认真阅读并充分理解、知情。

谈话医师签名：

患者（监护人、代理人）签名：

患者近亲属（注明与患者的关系）：

签名时间：