



广州市红十字会医院 经食道心脏超声检查知情同意书

姓名

临床诊断：急性下壁、后壁STEMI。

本病例的重要情况或特殊问题：

拟行手术名称（将拟行项目用√表示）：

√经食道心脏超声检查

本病例在术中或术后可能发生的并发症和意外情况：

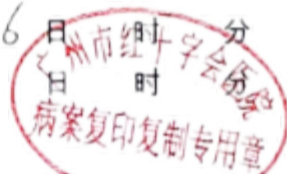
1. 因患者自身解剖结构或脏器功能原因致使操作无法完成；
2. 导管在体内断裂、打结及其他损伤；
3. 过敏反应（包括麻醉剂或其他药物）；
4. 严重心律失常，包括室速、室颤、心脏停搏等；
5. 咽喉及食管损伤，牙齿脱落；
6. 出血（包括动脉或静脉大出血）；
7. 心绞痛、急性心肌梗塞、心力衰竭；
8. 高血压的患者术中出现高血压危险或脑血管意外；
9. 恶心、呕吐等消化道症状；
10. 其他不可预测情况。

经治医师签字

签字时间：2023年3月16日

术者签字：

签字时间： 年 月 日



医生已将上述有可能发生的意外情况、并发症、危险性做了详细说明，对于可能产生的后果我已充分了解。同意（我同意/我不同意）广州市红十字会医院为患者实施经食道心脏超声检查。

患者（签字）

签字时间：2023年3月16日 时 分

患者法定代理人/委托代理人（签字）：

签字时间： 年 月 日 时 分

注意：患者法定代理人/委托代理人签字的，请负责谈话医师确认已先签署《住院病人告知、知情同意书》。