

新疆维吾尔自治区人民医院

消化内镜检查知情同意书

患者(姓名) 性别 (性别) 年龄 (年龄) 民族 (民族)

科室 消化科二病区 床号 (现在病房) 床 住院日期 (入院时间) 病案号 (住院号)

初步诊断: (初步诊断)

目前因病情需要,拟行 胃镜 肠镜 超声胃镜检查

消化内镜是一种侵入人体的检查方法,医师已将有关检查方法向家属或代理人介绍,可能发生的意外情况和并发症包括:

1. 出血,穿孔,感染。
2. 咽喉部损伤及感染。
3. 疼痛及其他不适。
4. 进镜失败或各种原因导致操作无法完成。
5. 心,脑,肺以外。
6. 其他不可预料的严重后果。

如您对上述告知情况不理解,可向医师咨询。在您充分理解后可自主决定是否接受该项检查。请在本文书上写明意见并签名。

(同意/拒绝)行此项检查

(同意/拒绝)必要时活检

患者或代理人签名:

医师签名:

与患者关系:

日期: 2020 年 月 日

日期: 2020 年 月 日

