

解放军北部战区总医院住院志

姓名: [REDACTED] 科室: 消化内科一病区A区 床号: [REDACTED] ID号: [REDACTED] 住院号: [REDACTED]

纤维胃镜检查知情同意书

患者姓名 [REDACTED] 性别男 年龄42岁

临床诊断: 肝硬化

检查/治疗理由:

患者因为“肝硬化”，为明确诊断及治疗，需要在局麻麻醉下行纤维胃镜检查。

纤维胃镜检查适用于: 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，需胃镜治疗及随访复查者。5、怀疑上消化道异物患者。6、有胃癌家族史或高危癌人群普查，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。

检查/治疗潜在风险:

- | | | |
|----------------|--------------------|---------------------|
| 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. 其他意外。 | |

患者、患者家属或患者的法定代理人、受托人意见:

(我理解上述风险，同意本次纤维胃镜检查及治疗)

我理解上述风险，同意本次纤维胃镜检查及治疗

患者或患者授权亲属签名 [REDACTED] 与患者关系 本人 签名日期 2019 年 12 月 12 日

医生陈述:

我已经告知患者将要进行的检查/治疗方式、及操作中和操作后可能发生的并发症及风险，并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

医生签名 [REDACTED]

告知日期 2019 年 12 月 12 日

说明:

1. 对需取得患者书面同意方式方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人（配偶、子女、父母、祖父母、兄、妹）签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字。
2. 知情同意书上患者意见请酌情手写表达