



浙江大学医学院附属第一医院

碘对比剂使用知情同意书

患者姓名 性别 女 病区床号 218-78 病历号

一 使用碘对比剂目的：碘对比剂能增加病变组织与正常组织的密度差别，从而提高病变的显示率并进一步提高诊断的准确性。

二 签署知情同意书依据：虽然目前我院使用的碘对比剂为国家正式批准使用产品，但有极少数患者可能会发生不良反应。根据中华医学会放射学分会、中国医师协会放射医师分会《对比剂使用指南》和浙江省卫生厅放射质控规定，使用碘对比剂需签署碘对比剂知情同意书。

三 有关碘对比剂注意事项：

Cr: $70 \mu\text{mol/L}$ BUN: 3.8 mmol/L

1 请告知医生有无既往碘剂不良反应史、过敏史、甲状腺功能亢进、严重肾功能不全、哮喘病史，以明确是否存在绝对禁忌症和相对禁忌症。

2 使用碘对比剂可能出现不同程度的不良反应：

- (1) 轻度不良反应：咳嗽、喷嚏、一过性胸闷、结膜炎、鼻炎、恶心、呕吐、全身发热、荨麻疹、瘙痒、血管神经性水肿等。
- (2) 重度不良反应：喉头水肿、反射性心动过速、惊厥、震颤、抽搐、意识丧失、休克等，甚至死亡或其他不可预测的不良反应。
- (3) 迟发性不良反应：注射碘对比剂1小时至1周内有可能出现各种迟发性不良反应，如恶心、呕吐、头痛、骨骼肌肉疼痛、发热等。
- (4) 注射部位可能出现碘对比剂漏出，造成皮下组织肿胀、疼痛、麻木感，甚至溃烂、坏死等。
- (5) 如使用高压注射器，存在注射针头脱落、局部血管破裂的潜在危险。
- (6) 注射部位及全身可能出现其他不能预测的不良反应。
- (7) 肾功能不全、糖尿病肾病、血容量不足、心力衰竭、使用肾毒性药物、非甾体类药物和血管紧张素转换酶抑制剂类药物、低蛋白血症、低血红蛋白血症、高龄（年龄 >70 岁）、低钾血症、副球蛋白血症等情况下容易发生对比剂肾病。

四 针对不良反应我们采取的防范及处理措施：

严格把握碘对比剂使用指征；备好必要的急救药品、物品；加强病情观察等；如出现不良反应给予对症治疗；如出现气道痉挛、喉头水肿或休克等严重不良反应立刻急救并通知临床医师积极抢救。请您在检查结束后30分钟内不要擅自离开检查点。

本人已阅读、理解并同意以上内容，同意使用碘对比剂并承担使用带来的风险。同时，我也理解虽然医院对可能出现的各种情况做了各种防范措施，但仍可能出现上述不良反应。

签名： 日期： 19 年 3 月 19 日 17 时

(☒患者本人 ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属同事 ☐朋友 ☐其他)

谈话者： 日期： 19 年 3 月 19 日 17 时



浙江大学医学院附属第一医院

浙江省第一医院

消化内镜诊疗知情同意书

患者姓名 性别 女 年龄 52 病历号 病区/床号 218-2

1. 您有权知道消化内镜诊疗的性质和目的、存在的风险、预期效果及对人体的影响。在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行消化内镜诊疗。在消化内镜诊疗实施前的任何时间，您都有权接受或拒绝本次操作。

2. 拟施行的内镜诊疗：☐普通胃镜 ☒无痛胃镜 ☐普通肠镜 ☐无痛肠镜 ☐ERCP
☐双气囊小肠镜 ☐十二指肠镜 ☒超声内镜或超声内镜下穿刺 ☐内镜下介入治疗
 您的操作医生是 陈世源 助手 王明

3. 医生会给您解释：

3.1 消化内镜检查目的：明确诊断，评估病情，或治疗疾病。 7-0231131

3.2 告诉可能伴随的不适、并发症或风险：

☐心、脑、肺意外的可能，如心律失常、心梗；脑出血、脑梗塞；若组织胶治疗可导致肺栓塞等；术中及术后消化道出血、穿孔、瘘；腹胀、腹痛、胸痛；低血糖；

☒咽喉部损伤、贲门粘膜撕裂、下颌关节脱臼；返流致窒息、吸入性肺炎、继发感染；

☐麻醉意外、药物过敏、水中毒、及毒副反应所致的意外情况；

☐诱发或加重肛周疾病如：痔、肛瘘、肛裂；

☒术中及术后胸腔出血、感染；皮下气肿；术后消化道溃疡、狭窄；

☒内镜切除后恶性肿瘤残留或非治愈性切除，则需追加外科手术可能；

☐穿刺病灶化脓性感染；胰瘘、胰腺假性囊肿；胆瘘；肿瘤破裂引起播散；

☐ERCP后重症胰腺炎；支架堵塞、移位、脱落；胆胰管结石无法取净；需多次取石可能；

☒因疾病或个体差异，少数手术可能无法完成或疗效不佳；术后复发；术中因病情变化更改手术方案可能；术中及术后可能需要开胸或开腹手术；

3.3 针对上述情况将采取的防范措施

根据现代医疗规范，采取及时、有效、科学的防范措施，最大限度地保护病人安全，使诊疗过程顺利完成。

3.4 可供选择的其它诊疗方法：☐放射影像学检查 ☐其它内镜检查方法 ☐其它

3.5 您的选择是：☒接受 ☐拒绝（上述“2拟施行的内镜诊疗”）

4. 您签字后表明您已授权内镜医生对在手术/操作中取下的相关组织进行必要的医学处置和科学研究，表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片（有可能将其发表）作为医疗和教学之用。

您以下的签名表示：

①您已阅读并理解、同意前面所述的内容；

②您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释；

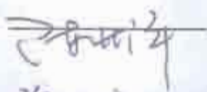
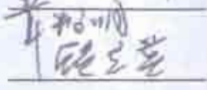
③您授权并同意医生为您施行消化内镜检查/操作。

签名 谈话医生 陈世源

☒患者本人 ☐配偶 ☐子女 ☐父母 ☐其他近亲属同事 ☐朋友 ☐其他

日期 2019 年 3 月 21 日 9 时 00 分

消化内镜诊疗操作安全核查表

操作名称: <input checked="" type="checkbox"/> 消化内镜检查 <input type="checkbox"/> 消化内镜治疗	
消化内镜诊疗操作场所: <input checked="" type="checkbox"/> 内镜中心 <input type="checkbox"/> 急诊室 <input type="checkbox"/> 病区 <input type="checkbox"/> 其他:	
主管医师在操作当日核对下列内容:	
患者身份正确: 核对患者姓名与病历号。	<input checked="" type="checkbox"/> 有
病史与体格检查: 已在病历中并有书写者签名。	<input checked="" type="checkbox"/> 有
术前检查: 根据各科规定完成检查并且结果已在病历中。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不适用
过敏史	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无
抗凝药或抗血小板聚集药物服用史:	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 无
授权书: 如患者本人无法或不愿意作为知情告知对象, 则授权家属或法定代理人履行知情告知义务。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不适用
消化内镜诊疗知情同意: 有主管医生和患方签字、时间日期并放在病历中。	<input checked="" type="checkbox"/> 是
200元以上签字书: 如果需要使用200元以上医用材料, 则需要取得患者的知情同意。	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不适用
消化内镜诊疗操作开始前共同核查 (Time Out)	
在消化内镜诊疗操作前小组成员暂停手头一切工作, 共同核对下列内容: 患者身份正确 <input checked="" type="checkbox"/> 内镜操作名称 <input checked="" type="checkbox"/> 相关书面文档 (实验室、影像学资料、知情同意书、病史和体格检查等) 在病历中 <input type="checkbox"/> 患者体位正确 <input checked="" type="checkbox"/> 植入物和特殊器材 <input type="checkbox"/> 准备就绪 <input checked="" type="checkbox"/> 不适用 术前预防性抗生素或止血药 <input type="checkbox"/> 已经使用 <input checked="" type="checkbox"/> 不适用	小组成员核对无误后签名如下:  

日期、时间: 19 年 3 月 21 日 9 时 30 分

跌倒评分: 诊疗前 <input checked="" type="checkbox"/> 0-5分 <input type="checkbox"/> 6-13分 <input type="checkbox"/> >13分 (约翰霍普金斯医院跌倒危险评定量表)	<input checked="" type="checkbox"/> 已采取措施 <input type="checkbox"/> 未采取措施	<input type="checkbox"/> 诊疗者行走需有人陪伴 <input checked="" type="checkbox"/> 诊疗者上下床有人搀扶 <input checked="" type="checkbox"/> 诊疗者已贴高危跌倒标识
疼痛评分: 诊疗前 <input checked="" type="checkbox"/> 0-3分 <input type="checkbox"/> 4-6分 <input type="checkbox"/> ≥7分	<input checked="" type="checkbox"/> 已采取措施 <input type="checkbox"/> 未采取措施	

评估者签名: 陈立军 日期、时间: 19 年 3 月 21 日 10 时 30 分

跌倒评分: 诊疗后 <input checked="" type="checkbox"/> 0-5分 <input type="checkbox"/> 6-13分 <input type="checkbox"/> >13分 (约翰霍普金斯医院跌倒危险评定量表)	<input checked="" type="checkbox"/> 已采取措施 <input type="checkbox"/> 未采取措施	<input type="checkbox"/> 诊疗者行走需有人陪伴 <input type="checkbox"/> 诊疗者上下床有人搀扶 <input type="checkbox"/> 诊疗者已贴高危跌倒标识
疼痛评分: 诊疗后 <input checked="" type="checkbox"/> 0-3分 <input type="checkbox"/> 4-6分 <input type="checkbox"/> ≥7分	<input checked="" type="checkbox"/> 已采取措施 <input type="checkbox"/> 未采取措施	

评估者签名: 陈立军 日期、时间: 19 年 3 月 21 日 12 时 30 分