

患者姓名

性别 男 ☒ 女 ☐ 年龄 22 岁 住院号

病区/床号

1. 您有权知道消化内镜诊疗的性质和目的, 存在的风险、预期效果及对人的影响。在没
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. 拟施行的内镜诊疗项目: ☐ 普通胃镜 ☐ 无痛胃镜 ☐ 普通肠镜 ☐ 无痛肠镜
☐ ERCP ☐ 胶囊内镜 ☐ 单(双)气囊小肠镜
☐ 超声内镜或超声内镜下穿刺 ☒ 内镜下治疗

3. 医生会给您解释:

3.1 内镜检查目的: 明确诊断, 评估病情或治疗疾病。

3.2 告诉您可能伴随的不适、并发症或风险如下:

- 诱发心脑血管意外的可能: 如心绞痛、心肌梗死、心跳呼吸骤停、脑出血、肺栓塞等;
- 麻醉意外、麻醉药物过敏、造影剂过敏、水中毒及毒副反应所致的意外情况;
- 操作过程中大出血、操作后迟发性出血、操作过程中穿孔、操作后迟发性穿孔;
- 咽喉部损伤、痉挛、贲门粘膜撕裂、下颌关节脱臼、返流致窒息、吸入性肺炎;
- 操作失败、如病情需要, 需反复检查; 胃镜后依然不能明确疾病;
- 腹痛腹胀、胃肠壁灼伤、浆膜炎、胸痛、低血糖;
- 肠镜未能到达回盲部, 肠镜后依然不能明确疾病;
- 穿刺病灶化脓性感染、胰瘘、胰腺假性脓肿、胆瘘、肿瘤破裂引起播散;
- ERCP 后高淀粉酶血症及胰腺炎: 胆胰腺炎; 胆胰管支架需定期更换或清理; 支架堵塞、移位、脱落;
- 胃/肠多发性息肉须分次手术; 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; 术中因病情变化更改手术方案可能; 术中及术后可能需要开腹手术;
- 其他可能出现的意外和并发症。

3.3 针对上述情况将采取的防范措施: 根据现代医学规范, 医务人员采取及时、有效、科学防范措施, 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 ☐ 其他

3.5 您的选择是: ☐ 接受 ☒ 拒绝 (上述“2 拟施行的内镜诊疗项目”)

4. 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, 表明您已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 您授权并同意施行消化内镜检查/操作。

5. 谈话医生: 时间 2022 年 1 月 27 日 12 时 20 分

6. 患者/家属签名: 时间 2022 年 1 月 27 日 13 时 24 分

(关系: ☐ 患者本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☒ 父母 ☐ 朋友 ☐ 其他)

7. 口服咽喉麻醉剂: ☐ 利多卡因胶浆 ☐ 丁卡因胶浆
给药者: 时间 年 月 日 时 分

手术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 22岁 科别: 结核病科 床号: 住院号:

简要病情及术前诊断:

患者误食清洁剂后出现食管狭窄, 后继发性出现食管气管瘘, 2021-11-26 胃镜+病理(利多): 食管狭窄并食管瘘, 经内镜食道粘膜切开扩张术, 经内镜食管支架置入术。2021-12-07, 2021-12-16, 2021-12-30, 2022-01-13行四次经内镜食管扩张术, 术后食管中上狭窄明显缓解, 食管下段扭曲, 胃门口仍狭窄, 内镜无法通过。2022-01-14因气管镜下气管灌洗液送检分枝杆菌DNA检测 结核分枝杆菌DNA检测: 阳性(+) 1, 非结核分枝杆菌DNA检测: 阴性, 确诊肺结核转科至结核科抗痨治疗。术前诊断: 1. 食管支架置入术后 2. 继发性肺结核(上/上中下 Xpert阳性初治) 3. 食管气管瘘 4. 食管狭窄(支架植入术后)

手术指征: 食管覆膜支架置入两月, 食管良性病变, 目前食管气管瘘已缓解, 可行食管支架取出术。患者无心功能, 肺功能重大异常, 目前肺结核抗痨治疗中, 有咳嗽咳痰, 咳少量白色粘痰, 无咯血, 无胸闷气急, 无凝血功能异常, 无精神异常, 排除手术禁忌症。

拟施手术名称: 内镜下食管支架取出术

手术方式: 内镜下食管支架取出术

替代方案: ☒ 其他手术方式 外科手术治疗

☐ 保守治疗: 可能造成的后果

术前准备

禁食

防范措施:

医学是一门科学, 还有许多未被认识的领域, 另外, 患者的个体差异很大, 疾病的变化也各不相同, 相同的诊治手段有可能出现不同的结果。因此, 任何手术都具有较高的诊疗风险, 有些风险是医务人员和现代医学知识无法预见、防范和避免的医疗意外, 有些是能够预见但却无法完全避免和防范的并发症。我作为主刀医师保证, 将以良好的医德医术为患者手术, 严格遵守医疗操作规范, 密切观察病情, 及时处理、抢救, 力争将风险降低到最低限度, 如术中情况有变化及时与家属取得联系。本次手术还需防范的措施有:

术中可能出现的意外和风险性:

● 术中心跳呼吸骤停, 导致死亡或无法挽回脑死亡 ● 难以控制的大出血 ● 不可避免的邻近器官、血管、神经损伤 ● 病情变化导致手术进程中断或更改手术方案 ● 除上述情况外, 本次手术还可能发生下列情况:

术后可能出现的意外和并发症:

● 术后出血、局部或全身感染、切口裂开、脏器功能衰竭(包括DIC)、水电解质平衡紊乱 ● 术后气道阻塞, 呼吸、心跳骤停 ● 诱发原有或潜在疾病恶化 ● 再次手术 ● 术后栓塞 ● 目前尚无法预料的意外 ● 除上述情况外, 本次手术还可能导致下列并发症:

杭州师范大学附属医院 手术知情同意书

姓名 _____ 性别: 男 年龄: 22岁 科别: 结核病科 床号: J 住院号 _____

患者意见: 同意

患者签名: 杨树俊

日期: 2022年1月19日14时30分

主刀医师签名: 李国柱

日期: 2022年01月19日 14时11分

手术审批意见: 同意

审批医师签名: 李旦

审批医师职称: 副主任医师

日期: 2022年01月21日 08时11分

杭州师范大学附属医院 消化内镜诊疗知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 22岁 科别: 消化内科 床号: 住院号:

尊敬的患者:

您好! 根据您的病情, 您有进行内镜检查的适应症, 建议您认真了解以下内容并做出是否接受检查的决定。

1. 拟施行的内镜诊疗项目: ☐ 普通胃镜 ☐ 无痛胃镜 ☐ 普通肠镜 ☐ 无痛肠镜
☐ 十二指肠镜或经内镜逆行胰胆管造影(ERCP) ☐ 单(双)气囊小肠镜
☐ 超声内镜或超声内镜下穿刺 ☐ 胶囊内镜 ☒ 内镜下治疗经内镜电凝电切食道扩张术、经内镜支架置入术

2. 医生告知:

2.1 检查目的: 明确诊断, 评估病情或治疗疾病。

2.2 可能伴随的不适、并发症或风险如下:

- 诱发心脑血管意外的可能: 如心绞痛、心肌梗死、心跳呼吸骤停、脑出血、肺栓塞等;
- 麻醉意外、麻醉药物过敏、造影剂过敏、水中毒及毒副反应所致的意外情况;
- 操作过程中大出血、操作后迟发性出血、操作过程中穿孔、操作后迟发性穿孔;
- 咽喉部损伤、痉挛、贲门粘膜撕裂, 下颌关节脱臼、返流致窒息、吸入性肺炎;
- 操作失败、如病情需要, 需反复检查; 胃镜后依然不能明确疾病;
- 腹痛腹胀、胃肠壁灼伤、浆膜炎、胸痛、低血糖;
- 肠镜未能到达回盲部, 肠镜后依然不能明确疾病;
- 穿刺病灶化脓性感染、胰瘘、胰腺假性脓肿、胆瘘、肿瘤破裂引起播散;
- ERCP术中拍摄X片时辐射对健康的影响, 术后高淀粉酶血症及胰腺炎、重症胰腺炎、胆胰管支架需定期更换或清理; 支架堵塞、移位、脱落;
- 胃/肠多发性息肉须分次手术; 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; 术中因病情变化更改手术方案可能; 术中及术后可能需要开腹手术;
- 其他可能出现的意外和并发症。

2.3 针对上述情况将采取的防范措施: 根据现代医学规范, 医务人员采取及时、有效、科学防范措施, 最大限度地保护病人安全, 使诊疗过程顺利完成。

2.4 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 ☐ 其他

2.5 您的选择是: ☐ 接受 ☐ 拒绝 (上述“1拟施行的内镜诊疗项目”)

3. 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, 表明您已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。

4. 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。

5. 谈话签名:

时间: 2021年1月26日 12时48分

6. 患者签名: _____

时间: _____ 年 月 日 时 分

患者授权人签名

时间: 2021年1月26日 12时39分

(关系: 口配偶

口父母

口朋友

口其他 _____)

杭州师范大学附属医院 手术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 22岁 科别: 结核病科 床号: 号:

管、神经损伤 ●病情变化导致手术进程中断或更改手术方案 ●除上述情况外, 本次手术还可能发生
下列情况: 食管粘膜大面积剥脱, 食管穿孔, 食管断裂

术后可能出现的意外和并发症:

●术后出血、局部或全身感染、切口裂开、脏器功能衰竭(包括DIC)、水电解质平衡紊乱 ●术后气
道阻塞, 呼吸、心跳骤停 ●诱发原有或潜在疾病恶化 ●再次手术 ●术后栓塞 ●目前尚无法预料的
意外 ●除上述情况外, 本次手术还可能导致下列并发症:

患者意见: 同意 患方签名: 日期: 2022年4月18日8时40分

主刀医师签名: 日期: 2022年04月18日 08时30分

手术审批意见: _____

审批医师签名: 审批医师职称: 副主任医师

日期: 2022年4月18日8时30分

手术知情同意书

姓名: 性别: 男 年龄: 22岁 科别: 结核病学科 床号: 住院号:

简要病情及术前诊断:

患者误食清洁剂后出现食管狭窄, 后继发性出现食管气管瘘, 2021-11-26 胃镜+病理(利多): 食管狭窄并食管瘘, 经内镜食道粘膜切开扩张术, 经内镜食管支架置入术。2021-12-07、2021-12-16、2021-12-30、2022-01-13行四次经内镜食管扩张术, 术后食管中上狭窄明显缓解, 食管下段扭曲, 贲门口仍狭窄, 内镜无法通过。2022-01-14因气管镜下气管灌洗液送检分枝杆菌DNA检测结核分枝杆菌DNA检测: 阳性(+) ↑, 非结核分枝杆菌DNA检测: 阴性; 确诊肺结核转科至结核科抗痨治疗。2022-1-21气管插管全麻下行食管支架取出术, 术后2022-1-26食管造影提示仍存在微小食管瘘口, 2022-1-27再次行食管支架置入, 2022-3-28、2022-4-7行两次经内镜食管扩张术, 食管扭曲已缓解, 目前已食管支架置入两月, 术前诊断: 1. 食管支架置入术后 2. 继发性肺结核(上/上中下Xpert阳性初治) 3. 食管气管瘘 4. 食管狭窄(支架植入术后)。拟行食管支架取出。

手术指征: 食管覆膜支架置入两月, 食管良性病变, 目前食管气管瘘已缓解, 可行食管支架取出术, 食管中上段扩张情况尚可, 贲门仍狭窄, 内镜无法通过贲门, 有贲门粘膜及肌层切开术+贲门扩张术手术指征, 若食管支架取出后, 患者食管粘膜情况许可, 拟继续行贲门粘膜及肌层切开术+贲门扩张术手术, 若食管粘膜损伤明显, 暂缓贲门粘膜及肌层切开术+贲门扩张术手术, 改期进行。患者无心功能, 肺功能重大异常, 目前肺结核抗痨治疗中, 有咳嗽咳痰, 咳少量白色粘痰, 无咯血, 无胸闷气急, 无凝血功能异常, 无精神异常, 排除手术禁忌症。

拟施手术名称: 内镜下食管支架取出+术贲门粘膜及肌层切开术+贲门扩张术手术

手术方式: 内镜下食管支架取出术+术贲门粘膜及肌层切开术+贲门扩张术手术

替代方案: ☒ 其他手术方式 外科手术取出, 若无法手术取出支架, 需部分食管切除+胃/结肠代食管术

☐ 保守治疗: 可能造成的后果

术前准备

禁食

防范措施:

医学是一门科学, 还有许多未被认识的领域。另外, 患者的个体差异很大, 疾病的变化也各不相同, 相同的诊治手段有可能出现不同的结果。因此, 任何手术都具有较高的诊疗风险, 有些风险是医务人员和现代医学知识无法预见、防范和避免的医疗意外, 有些是能够预见但却无法完全避免和防范的并发症。我作为主刀医师保证, 将以良好的医德医术为患者手术, 严格遵守医疗操作规范, 密切观察病情, 及时处理、抢救, 力争将风险降低到最低限度, 如术中情况有变化及时与家属取得联系。本次手术还需防范的措施有:

术中可能出现的意外和风险性:

● 术中心跳呼吸骤停, 导致死亡或无法挽回脑死亡 ● 难以控制的大出血 ● 不可避免的邻近器官、血