首都医科大学附属北京友谊医院（本部）

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

尊敬的患者：

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较一般检查与治疗难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中与治疗中以及检查治疗后都有可能出现的并发症等）、替代诊治方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名：[redacted]　性　别：女　年　龄：67岁 科　室：消化内科　病房或病区：胃肠肝胆科二区　住院号：505493 身份证号码：[redacted]　登记号：00739808
医师说明	【病情简介】系一考虑自身免疫性胰腺炎患者，拟行胰腺EUS+FNA明确诊断，制定治疗方案 【过敏史】磺胺 【诊疗部位】胰腺 【治疗前诊断】1. 自身免疫性胰腺炎可能 2. 胰腺恶性病变不除外 3. 胰头旁、肝门区、右心膈角区多发增大淋巴结 4. 高血压2级（很高危组）5. 2型糖尿病 6. 甲状腺功能减退 7. 过敏性哮喘 【替代治疗方案】 1. 保守治疗　2. 外科手术　3. 介入治疗　4. 其他 【拟行治疗适应症】1. 消化道管壁内及壁外占位性病变；2. 消化系统器质性病变的鉴别；3. 消化道管壁内及壁外病变的穿刺活检；4. 消化道管壁内外囊性病变的置管引流 【建议拟行治疗名称】 1. 超声胃镜　2. 超声肠镜　3. 穿刺活检　4. √胰腺EUS+FNA 【治疗目的】 1. 明确诊断；2. 治疗 【麻醉方式】□根据手术需要　□含服利多卡因胶浆　□静脉全麻　□清醒镇静　□气管插管 【患者自身存在危险因素】_____ 【拟行特殊治疗禁忌症】合并严重凝血功能障碍、严重心肺等器质性疾病等无法耐受手术者 【治疗风险，包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等】 1、消化道穿孔 2、消化道大出血 3、粘膜撕裂 4、咽喉部损伤，梨状窝穿孔 5、发生呼吸道误吸 6、感染

首都医科大学附属北京友谊医院（本部）

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

7、急性胰腺炎

8、操作过程中病人不能耐受

9、出现心脑血管意外，窒息，误吸等引起猝死

10、麻醉意外

11、其他

【治疗后主要注意事项】密切监测患者生命体征

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除治疗风险及医疗意外风险等因素，存在治疗前和治疗后不可预见的特殊情况，恳请理解。

【拒绝治疗可能发生的后果】 延误病情

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

谈话医师签名：[illegible] 签名时间：24年 10月31日 10时 40分 签名地点：医办

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方案，也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查与治疗及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

患者知情同意内容

以下声明：

我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做

（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）

我同意（填写“同意”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。

并授权医师：在检查与治疗中或检查与治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的检查与治疗方案实施必要的抢救。

患者签名：[redacted]

患者近亲属/法定监护人签名：[redacted] 与患者关系：母女 联系电话：[redacted]

首都医科大学附属北京友谊医院（本部）

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

患者近亲属/法定监护人身份证号码：[redacted]

签名时间：2019年10月31日10时45分 签名地点：医生办公室

我_____（填写“不同意”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：___年___月___日___时___分 签名地点：_____

备注	患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由： 记录人：_____ 见证人：_____ 见证人身份证号码：_____ 时间：年 月 日 分 地点：_____ 如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。必可请医务人员或其他知情患者签名证实。

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

尊敬的患者：

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较一般检查与治疗难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中与治疗中以及检查治疗后都有可能出现的并发症等）、替代诊治方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名：_____ 性　　别：_____ 年　龄：_____ 科　　室：_____ 病房或病区：_____ 病案号：_____ 身份证号码：_____
医师说明	【病情简介】 _____ 【过敏史】　　【诊疗部位】 【治疗前诊断】 【替代治疗方案】 1. 保守治疗　2. 外科手术　3. 介入治疗　4. 其他 【拟行治疗适应症】1. 消化道管壁内及壁外占位性病变；2. 消化系统器质性病变的鉴别；3. 消化道管壁内及壁外病变的穿刺活检；4. . 消化道管壁内外囊性病变的置管引流 【建议拟行治疗名称】1. 超声胃镜 2. 超声肠镜 3. 穿刺活检 【治疗目的】 1. 明确诊断；2. 治疗 【麻醉方式】 □根据手术需要　□含服利多卡因胶浆　□静脉全麻　□清醒镇静　□气管插管 【患者自身存在危险因素】_____ 【拟行特殊治疗禁忌症】合并严重凝血功能障碍、严重心肺等器质性疾病等无法耐受手术者 【治疗风险，包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等】 1、消化道穿孔 2、消化道大出血 3、粘膜撕裂 4、咽喉部损伤，梨状窝穿孔 5、发生呼吸道误吸 6、感染 7、急性胰腺炎 8、操作过程中病人不能耐受 9、出现心脑血管意外，窒息，误吸等引起猝死 10、麻醉意外 11、其他 【治疗后主要注意事项】密切监测患者生命体征

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

患者知情同意内容

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除治疗风险及医疗意外风险等因素，存在治疗前和治疗后不可预见的特殊情况，恳请理解。

【拒绝治疗可能发生的后果】　延误病情

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

谈话医师签名：_____ 签名时间：_____年___月___日___时___分 签名地点：_____

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症向我进行了充分说明。我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方案，也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查与治疗及其医疗风险等相关的问题向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

我已认真仔细阅读并经医师对我解释以上全部内容

（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样）我

我同意（填写“同意”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。

并授权医师：在检查与治疗中或检查与治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，医师有权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的检查与治疗方案实施必要的抢救。

患者签名：[redacted]

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：[redacted]

患者近亲属/法定监护人身份证号码：[redacted]

签名时间：2019 年 6 月 23 日 9 时___分 签名地点：医生办公室

我_____（填写“不同意”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案；并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。

患者签名：_____

患者近亲属/法定监护人签名：_____ 与患者关系：_____ 联系电话：_____

患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____

签名时间：_____年___月___日___时___分　签名地点：_____

备注

患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由：

记录人：_____

见证人：_____ 见证人身份证号码：_____

时间：___年__月__日__分　地点：_____

如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

尊敬的患者：

根据《医疗机构管理条例实施细则》的规定，特殊检查与特殊治疗是指较一般检查与治疗难度更高、侵害性更大，有一定危险性，可能产生不良后果且费用较高的检查与治疗。为了减少反复操作，减轻您的痛苦、减少您的费用，提高检查与治疗效率，在检查确诊后，根据您的病情，在条件许可的情况下，建议同时进行治疗，医师特向您详细说明：特殊检查与特殊治疗项目、方法、目的、医疗风险（包括检查中与治疗中以及检查治疗后都有可能出现的并发症等）、替代诊治方案及相关措施等，帮助您理解相关情况，便于您做出选择。

一般项目	患者姓名：[redacted]　性　别：男　年　龄：76岁 科　室：消化内科　病房或病区：胃肠二区　病案号：854089 身份证号码：[redacted]
医师说明	【病情简介】主因“腹胀伴右上腹压痛1月余，全身皮肤巩膜黄染10余天。”于2017-05-27入院。 【过敏史】 无。 【治疗前诊断】 自身免疫性胰腺炎　肝总管狭窄 【替代治疗方案】　1. 保守治疗　2. 外科手术　3. 介入治疗　4. 其他 【拟行治疗适应症】1. 属胰胆疾病及怀疑有胰胆疾病者；2. 胆管胰管恶性狭窄需要引流者；3. 肝管胰管结石；4. 急性化脓性肝管炎。 【建议拟行治疗名称】 1. 逆行胰胆管造影（ERCP）； 2. 十二指肠乳头切开（EST）； 3. 网篮取石术； 4. 内支架术或鼻胆引流术 【治疗目的】1. 诊断肝胆胰系统疾病；2. 解除胆管胰管梗阻；3. 取出肝管胰管内结石及其他 【治疗部位】　胰胆管系统 【麻醉方式】□根据手术需要 □含服利多卡因胶浆 □静脉全麻 □清醒镇静 □气管插管 【患者自身存在危险因素】_____ 【拟行特殊治疗禁忌症】合并严重凝血功能障碍、严重心肺等器质性疾病等无法耐受手术者 【治疗风险，包括治疗中或治疗后可能出现的并发症等】 1、术后胰腺炎 2、切开部位出血 3、一过性黄疸，淀粉酶增高 4、感染、发热 5、引流管刺激，恶心、腹痛 6、引流管或支架堵塞，异位，脱落 7、器官损伤，穿孔

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

8、操作过程中病人不能耐受

9、出现心脑血管意外，窒息，误吸等引起猝死

10、十二指肠乳头位置或形态异常等原因手术不能成功

11、麻醉意外、药物过敏

12、肝总管结石需再次取石

13、其他

【治疗后主要注意事项】

术后禁食水24h、补液、抑酸，酌情抗感染、抑酶治疗，及时复查血常规、淀粉酶、肝肾功能电解质等，密切监测患者生命体征及腹部查体情况

由于医疗技术水平的局限性、疾病突发变化及个人体质的差异，不排除治疗风险及医疗意外风险等因素，存在治疗前和治疗后不可预见的特殊情况，恳请理解。

【拒绝治疗可能发生的后果】 延误病情

我已向患者/患者近亲属/法定监护人解释过此说明同意书的全部条款，我认为患者/患者近亲属/法定监护人已知并充分理解了上述信息。

谈话医师签名：_____ 签名时间：2017年6月5日___时___分 签名地点：

患者/患者近亲属/法定监护人确认：

医师详细向我解释过患者的病情及所接受的特殊检查与治疗方案，并已就医疗风险和并发症（请患者本人书写第几条到第几条全部内容）向我进行了充分说明。我理解检查与治疗可能出现的风险、效果及预后等情况，并知道检查与治疗是创伤性治疗手段，由于受医疗技术水平局限、疾病突发变化及个人体质差异的影响，检查与治疗前、检查与治疗中、检查与治疗后可能发生不可预见的医疗意外风险，不能确保救治完全成功，甚至可能出现死亡、残疾、组织器官损伤及功能障碍等严重不良后果。

医师已向我解释过其他替代检查与治疗方式及其风险，我知道我有权选择其他检查与治疗方案，也可以拒绝或放弃此项检查与治疗，也知道由此带来的不良后果及风险，我已就患者的病情、检查与治疗及其医疗风险等相关的问题

向我的医师进行了详细的咨询，并得到了全面的答复。

患者知情同意内

我已认真倾听和阅读并完全理解医师时我解释的以上全部内容

（请患者/患者近亲属/法定监护人在横线上注明“我已认真倾听和阅读并完全理解医师对我解释的以上全部内容，特做以下声明：”字样） 特做以下声明：

我同意（填写“同意”）接受医师建议的特殊检查与治疗方案并愿意承担上述检查与治疗风险。

并授权医师：在检查与治疗中或检查与治疗后发生紧急情况下，为保障患者的生命安全，医师有

首都医科大学附属北京友谊医院

特殊检查与特殊治疗说明知情同意书

签字	权按照医学常规予以紧急处置，更改并选择最适宜的检查与治疗方案实施必要的抢救。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：[redacted] 与患者关系：父子 联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：2017年6月5日11时30分 签名地点：医院 我_____（填写"不同意"）接受医师建议的特殊检查与治疗方案，并且愿意承担因拒绝施行检查与治疗导致的延误治疗病情加重、恶化甚至残疾、死亡等不良后果。 患者签名：_____ 患者近亲属/法定监护人签名：_____与患者关系：_____联系电话：_____ 患者近亲属/法定监护人身份证号码：_____ 签名时间：____年____月____日____时____分 签名地点：_____
备注	患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名的理由： 记录人：_____ 见证人：_____ 见证人身份证号码：_____ 时间：年 月 日 分 地点：_____ 如果患者/患者近亲属/法定监护人拒绝签名，请医师在此栏中说明有关情况、签名并注明时间。也可请医务人员或其他知情患者签名证实。

首都医科大学附属北京友谊医院

有创性检查/治疗知情同意书

科别	脑	床号	14	姓名	[redacted]	性别	男	年龄	78	住院号	7[illegible]52
术前诊断	脑出血伴[illegible]										

手术名称：

脑室外引[illegible]

一、因病人个体差异及某些不可预测的因素，在接受手术时可能出现下列并发症及风险：

1. [illegible]
2. [illegible]
3. [illegible]
4. [illegible]
5. [illegible]
6. [illegible]
7. [illegible]

三、出现上述各项并发症的对策：

此项手术的执行医生应按医疗操作规则认真准备，仔细观察和操作，最大限度地避免上述并发症的发生。我们一定以高度的责任心，尽力做好我们的工作。

上述并发症出现后，我们会立即采取相应措施，对危及生命的并发症，我们可能来不及征求被委托人意见，需要紧急输血、深静脉置管、心外按压、心内注射、电除颤等抢救生命的紧急措施，希望得到家属的同意、理解。

三、患者和家属应履行交费手续。

四、我已认真阅读了本知情同意书，对该手术可能出现的并发症及手术风险有了全面了解，我同意接受手术。

患者签字：_____ 或 被委托人签字：[redacted] 被委托人与患者的关系：女儿

医师签字：[signature]

签字日期：15年 1月 9日

首都医科大学附属北京友谊

消化科有创检查/治疗知情同意书

科别	消化	床号	14	姓名	[redacted]	性别	男	年龄	78	住院号	7077452
目前诊断	胰腺恶性肿瘤										

检查/治疗的项目名称： 超 声 内 镜

一、此项检查/治疗目的： 1. 明确诊断　　2. 治疗

二、此项检查/治疗的适应症：

1. 消化道管壁内及壁外占位性病变
2. 消化系统器质性病变的鉴别
3. 消化道管壁内及壁外病变的穿刺活检
4. 消化道管壁内外囊性病变的置管引流

三、因病人个体差异及某些不可预测的因素，在接受检查/治疗时可能出现下列并发症及风险：

1. 消化道穿孔
2. 消化道大出血
3. 粘膜撕裂
4. 咽喉部损伤、裂状窝穿孔
5. 发生呼吸道误吸
6. 感染
7. 急性胰腺炎
8. 心脏意外、脑血管意外

四、出现上述各项并发症的治疗对策：

此项检查/治疗的执行医生应按照医疗操作规则认真准备，仔细观察和操作，最大限度地避免所述并发症的发生。我们一定以高度的责任心，尽力做好我们的工作。

上述并发症出现后，我们会立即采取相应措施，对危及生命的并发症，我们可能来不及征求家属意见，需要紧急输血、深静脉置管、心外按压、心内注射、电除颤等抢救生命的紧急措施，希望得到家属的同意、理解。

五、该项检查及检查时所用水囊均为全自费项目，患者或家属应履行缴费手续。

六、我已认真阅读了本知情同意书，对该项检查/治疗的意外及可能出现的并发症有了全面了解，我同意接受检查/治疗。

患者签字：_____　或　被委托人签字：[redacted]　被委托人与患者的关系：之女

医师签字：[redacted]

签字日期：25 年 1 月 9 日