

滨州医学院附属医院

内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD知情同意书

患者姓名

疾病介绍和治疗建议:

[疾病诊断] 食管粘膜下病变

[拟实施医疗方案名称] ☒胃镜 ☐结肠镜 ☐其他

☐高频电凝切除术 ☐粘膜切除术 (EMR) ☒粘膜下剥离术 (ESD) ☐其他

[拟实施医疗方案的目的及预期效果]

[拟行操作的日期] 2.22 [麻醉方式] ☐表面 ☒静脉 ☐其他

[治疗费用] 治疗中可能使用的高值医用耗材:

☒部分自费 ☐超过千元 ☐超过万元 (详见使用高值耗材志愿书)

治疗潜在风险和对策:

根据患者的病情及目前诊断, 需要实施上述内镜诊疗操作。内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD 是内镜介入治疗中比较复杂的技术, 操作者将严格按医护常规实施相关操作。在一般情况下, 此操作是安全的和有效的, 但本项操作属于侵入性操作, 少数患者在实施本操作过程中可能发生的医疗意外及并发症包括但不限于:

☐麻醉药物反应、过敏和麻醉意外, 严重者可致休克, 危及生命;

☐咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎; 呕吐、发生窒息的可能;

☐食管胃肠穿孔、脓胸、纵膈炎、纵膈气肿、气胸, 心包积液;

☐治疗中/后消化道大出血;

☐各种严重心律失常、心脑血管意外;

☐因意外情况或其它原因不能完成治疗或不能一次完成治疗

☐术后组织病理为癌, 并有浸润性, 需要外科手术治疗;

☐少数患者因前次检查活检等原因, 病变缩小或病变已自行脱落而无须治疗;

☐部分病例病变切除后由于客观原因造成切除标本无法取出送病理检查;

☐其他无法预料的意外。

上述情况多数较为轻微, 可经保守 (药物) 治疗控制。少数情况可能较为严重, 可能延长住院时间, 需要再次内镜介入、放射介入或手术治疗, 严重病例甚至有生命危险, 并因此增加医疗费用。一旦发生上述风险和意外, 医师会采取积极应对措施。

替代医疗方案:

医师陈述:

根据患者病情, 需要进行上述诊断、治疗操作。该操作是一种有效的诊断、治疗手段, 一般是安全的。但由于该操作具有创伤性和风险性, 我不能向患者保证操作的效果。一旦发生上述风险和其他意外, 我将从维护患者利益出发积极采取应对措施。我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次手术的相关问题。

经治医师签名:

操作医师签名:

[签名] 签名日期: 2021-01-24 14:34

 锦州医学院附属医院
内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD知情同意书

患者知情选择:

☒ 我的医生已经告知我将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次检查的相关问题。

☒ 我同意在检查中医生可以根据我的病情对预定的检查方式做出调整。

☒ 我理解我的检查需要多位医生共同进行。

☒ 我并未得到检查百分之百成功的许诺。

☒ 我授权医师对切除的病变器官、组织或标本进行处置,用于临床研究和教学,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理。

立志愿书人签

签名时间: 20