

Informed Consent Statement

Written informed consent was obtained from the patient.

The informed consent for gastroscopy and ultrasonic endoscopy is shown as following:



中日友好医院

胃镜、无痛胃镜检查知情同意书

姓
患

(第 1 页)

性别: 男

年龄: 73岁

病案号

疾病诊治建议

医生已告知我目前诊断考虑为食管肿物，根据病情诊治需要，有必要进行 ☒ 胃镜 ☐ 无痛胃镜 检查。建议认真了解以下相关内容并做出是否接受检查的决定。

胃镜、无痛胃镜检查潜在的风险和对策

医生告知我检查可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同，如果我有特殊问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性，在实施过程中及实施后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于此

- (1) 大出血；
- (2) 穿孔，临近脏器、血管、神经损伤；
- (3) 发热、感染、败血症；
- (4) 严重心律失常、心肌梗死、心力衰竭、心脏骤停；
- (5) 肺栓塞及其他动静脉栓塞，脑出血及脑梗塞等脑血管病；
- (6) 吸入性肺炎、急性呼吸窘迫综合症、肺水肿、呼吸衰竭、窒息；
- (7) 溶血、血尿、急性肾功能不全；
- (8) 腹水、肝性脑病、肝功能衰竭；
- (9) 任何药物都可能产生副作用，药物过敏，甚至过敏性休克；
- (10) 咽部损伤、喉头痉挛、下颌关节脱位、贲门黏膜撕裂、胸痛；
- (11) 水、电解质、血糖、酸碱平衡紊乱；
- (12) 患者不能配合或操作困难，不能达到预期的检查目的；
- (13) 必要时外科手术治疗；
- (14) 操作过程中，医生认为有必要进行活组织检查；
- (15) 无痛胃镜检查时任何麻醉都存在风险；
- (16) 除上述情况外，该医疗措施在实施过程中及实施后可能发生其它并发症或者需要提

请患者及家属特别注意的其它事项，如：_____。

2. 我理解如果我患有高血压病、脑血管病、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张等疾病或者有吸烟史、饮酒史，以上这些风险可能会加大，在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外，甚至死亡。

3. 我理解如果我使用抗凝药物、抗血小板药物或非甾体类抗炎药物，如华法令、肝素、阿司匹林、波利维（硫酸氢氯吡格雷）等，以上风险可能会加大。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情，可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

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

2. 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。



中日友好医院

胃镜、无痛胃镜检查知情同意书

姓名

(第 2 页)

病案号

我的检查需要多位医生共同进行。

4. 我并未得到检查百分之百成功的许诺。

5. 我授权医生对切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签字

签名日期 2022年5月27日

如果患者无法签字，请其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名

与患者关系

签名日期

年 月 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的检查方式、此次检查中及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它诊治方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

医生签名

高文峰

签名日期

2022年05月27日



中日友好医院

超声内镜、无痛超声内镜检查知情同意书

姓名
患者

(第 1 页)

性别: 男

年龄: 73岁

病案号

疾病诊治建议

医生已告知我目前诊断考虑为食管肿物, 根据病情诊治需要, 有必要进行 ☒ 超声内镜
☐ 无痛超声内镜 检查。建议认真了解以下相关内容并做出是否接受检查的决定。

超声内镜、无痛超声内镜检查潜在的风险和对策

医生告知我检查可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同, 如果我有特殊问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性, 在实施过程中及实施后可能出现下列并发症和风险, 但不仅限于此

- (1) 大出血;
- (2) 穿孔, 临近脏器、血管、神经损伤;
- (3) 发热、感染、败血症;
- (4) 严重心律失常、心肌梗死、心力衰竭、心脏骤停;
- (5) 肺栓塞及其他动静脉栓塞, 脑出血及脑梗塞等脑血管病;
- (6) 吸入性肺炎、急性呼吸窘迫综合征、肺水肿、呼吸衰竭、窒息;
- (7) 溶血、血尿、急性肾功能不全;
- (8) 腹水、肝性脑病、肝功能衰竭;
- (9) 任何药物都可能产生副作用, 药物过敏, 甚至过敏性休克;
- (10) 咽部损伤、喉头痉挛、下颌关节脱位、贲门黏膜撕裂、胸痛;
- (11) 水、电解质、血糖、酸碱平衡紊乱;
- (12) 诱发肠梗阻、原有肠梗阻加重;
- (13) 患者不能配合或操作困难, 不能达到预期的检查目的;
- (14) 必要时外科手术治疗;
- (15) 操作过程中, 医生认为有必要进行活组织检查;
- (16) 无痛超声内镜检查时任何麻醉都存在风险;
- (17) 除上述情况外, 该医疗措施在实施过程中及实施后可能发生其它并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其它事项, 如: _____。

2. 我理解如果我患有高血压病、脑血管病、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉曲张等疾病或者有吸烟史、饮酒史, 以上这些风险可能会加大, 在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外, 甚至死亡。

3. 我理解如果我使用抗凝药物、抗血小板药物或非甾体类抗炎药物, 如华法令、肝素、阿司匹林、波利维(硫酸氢氯吡格雷)等, 以上风险可能会加大。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情, 可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险;
一旦发生上述风险和意外, 医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

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

2. 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。



中日友好医院

超声内镜、无痛超声内镜检查知情同意书

姓名

(第 2 页)

检查需要多位医生共同进行。

4. 我并未得到检查百分之百成功的许诺。

5. 我授权医生对切除的病变器官、组织或标本进行处置，包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

患者签名

签名日期 2022年5月27日

如果患者

其授权的亲属在此签名：

患者授权亲属签名

与患者关系

签名日期

年 月 日

医生陈述

我已经告知患者将要进行的检查方式、此次检查中及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它诊治方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

医生签名

高文峰

签名日期

2022年05月27日