

中国人民解放军南京军区南京总医院

普通外科知情同意书

姓名: [REDACTED] 科室: [REDACTED] 床号: 19 住院号: [REDACTED]

年龄: 45 岁 性别: 男 临床诊断: 肠空气瘘

诊疗名称: 3D 打印 TPU 肠瘘支架植入 诊疗日期: 2017/6/17

诊疗目的: 利用 3D 打印肠瘘支架封堵肠空气瘘的瘘口, 减少肠液漏出, 尽早恢复肠内营养。

告知患者: 3D 打印肠瘘支架是本治疗中心最新开发的治疗难自愈的肠空气瘘的治疗手段, 在治疗过程中可能会出现以下并发症:

1. 植入失败;
2. 肠梗阻;
3. 支架脱落;
4. 操作部位出血;
5. 感染;
6. 发生其他难以预料和危及生命或致残的意外。

谈话医生: 黄玉建
日期: 2017-6-16

患者本人或亲属意见: 经慎重考虑, 同意检查治疗, 对以上可能发生的意外和并发症明知。如发生上述情况, 表示理解。

患者及近亲属或法定代理人签字: [REDACTED]
代签人与患者关系: 本人
日期: 2017-6-16

注: 本同意书由患者本人签字, 患者不具备完全民事行为能力时, 应由其法定代理人签字; 患者因病无法签字时, 应当由其近亲属签字, 没有近亲属的, 由其关系人签字; 为抢救患者, 在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下, 可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

Informed consent statement

Title: Gastric adenocarcinoma of fundic gland type with signet-ring cell carcinoma component

Written informed consent was obtained from patient.

The format of consent form is shown as following:

110203 0900-02

様検査・処置・手術・麻酔に関する説明・同意書(病院控)

説明日 平成29年7月6日(木)

説明医 佐竹 寛明

○ 病名および症状
早期胃癌

○ 検査・処置・手術(以下、医療行為)の名称(詳細は別紙)
内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)もしくは内視鏡的粘膜切除術(EMR)

○ 上記医療行為の予定日
平成29年7月6日(木)

○ 麻酔使用の有無と種類
☐ 無
☒ 有 (☐ 全身麻酔 ☒ 硬膜外麻酔 ☐ 局所麻酔 ☐ 全身麻酔+硬膜外麻酔)
☐ その他 :

○ 上記医療行為の必要性、目的、期待する効果(詳細は別紙)

○ 上記医療行為に伴う危険性、合併症、後遺症、他の方法等について(詳細は別紙)

○ 備考・その他

.....

※ 上記により、現在必要な医療処置(検査・処置・麻酔・手術)についての説明書を受け取り、理解できましたので、その医療処置を受け、また医療処置中に緊急の処置が必要となった場合には適切な処置を受けることと併せて

☒ 同意します ☐ 同意しません

※ 抗血栓薬を服用している場合、抗血栓薬による出血の可能性と体薬による血栓塞栓症発症の可能性について説明を受け理解いたしましたので、場合によってはヘパリン置換による入院治療の必要があること、また検査・生検の延期があることに

☒ 同意します ☐ 同意しません

※ 要望

医療の質や医療技術の向上の為、本治療の経過で得られた検体、写真、データを匿名化しうえて
学術集会、研究会、論文及び学術団体の認定資格等の資料として使用させていただくことがありま
す

新 古 賀 病 院 院長
古 賀 病 院 21 院長
新 古 賀 クリニック 院長

患者様(代諾者)署名: _____ (大)

調 査 者 署 名 : _____ (大)

平成29年 7 月 6 日

社会医療法人 大津会 消化器病センター

April. 12, 2018

Keita Kuri