

介入检查(手术)知情同意书

姓名: [] 性别: 女 年龄: 46岁 科别: 消化内科 床号: 095 住院号: 100886791

拟行介入检查(手术)名称: *胃镜检查*

替代治疗方案 ☐ 有 ☒ 无

本病例严重情况或特殊问题:

麻醉方式: []

检查(手术)医师: *钟新伟*

根据您的病情, 必要时进行上述介入检查(手术)治疗(以下称操作), 该操作是一种有效的检查或治疗手段。一般来说, 该操作和麻醉是安全的, 但由于此项操作具有创伤性和风险性, 因此医师不能向您保证该操作效果。

因个体差异及某些不可预料的因素, 术中/术后可能会发生意外和并发症, 现告知如下, 包括但不限于:

- ☐ ◆出血: 穿刺伤口局部血肿、大出血、血管破裂、消化道、泌尿道及脑出血等。
- ☐ ◆过敏反应: 术中所用药物可能造成皮肤过敏、呼吸困难、过敏性休克、溶血反应等。
- ☐ ◆休克: 低血容量性休克、心源性休克等。
- ☐ ◆栓塞: 全身各脏器(心、脑、肺、肾及四肢)血管的栓塞、再栓塞及导管断入体内等并发症。
- ☐ ◆相关脏器介入治疗引起的并发症: 如肝脏介入治疗引起消化道出血、黄疸、腹水、肝破裂、肺栓塞、肝肾功能衰竭; 肺部疾病介入治疗引起脊髓损害、咯血、气胸、胸水等。
- ☐ ◆化疗药物引起的毒副作用: 骨髓抑制、胃肠道反应、过敏反应、脏器功能损害等。
- ☐ ◆以上原因引起操作不能进行, 甚至导致死亡。
- ☐ ◆其他如下:

我已详细阅读以上内容, 对医师护士的告知表示完全理解, 经慎重考虑, 我决定接受此介入检查(手术), 并自愿承担手术中有可能使用的自费材料、自费药品及自费诊疗项目。

我明白在术中, 在不可预见的情况下, 可能需要其他附加操作或变更诊疗方案, 我授权医师在遇有紧急情况时, 为保障我的生命安全实施必要的救治措施, 并保证承担全部所需费用。

我明白在检查(手术)开始之前, 我可以随时签署《拒绝医疗同意书》, 以取消本同意书的决定。

患者/法定监护人/委托代理人/签名:

(签名后请在前面相应身份处打“√”)

日期: 2018年04月11日

经治医师签名:

日期: 2018年04月11日

主刀医师签名:

日期: 2018年04月11日