

南昌大学第四附属医院

内窥镜检查知情同意书

患者姓名: 乔 性别: 女 年龄: 62岁 科室: 消化内科 床号: 41 住院号: ()

门诊号: 民族: 汉族 身份证号码: 36

临床诊断: 淋巴瘤?

拟行内窥镜检查名称: 电子肠镜

本病例严重情况或特殊问题:

本项诊疗检查是一种 ☒ 创伤性 / ☐ 无创伤的诊疗手段, 一般来说该项检查操作是安全的, 但由于操作具有一定的风险性。在诊疗检查操作中和其后可能会发生意外和并发症, 现告知如下, 包括但不限于:

- ☒ 1. 恶心、咽喉损伤、环杓关节脱位、咽喉部感染或脓肿、胸骨后疼痛等;
- ☒ 2. 心、肺、脑血管意外造成呼吸、心跳骤停;
- ☒ 3. 出血、穿孔(食管、胃肠)、感染、休克;
- ☒ 4. 注射性胰腺炎、化脓性胆管炎等;
- ☒ 5. 麻醉(药物)意外、碘过敏、ERCP插管不成功;
- ☒ 6. 扩张后再狭窄、食管贲门撕裂;
- ☒ 7. 腹膜后气肿、结肠浆膜及其它肠系膜撕裂、造瘘管漏、造瘘管滑脱、吸入性肺炎等;
- ☒ 8. 需同时做病理活检的少数病人, 可能发生活检后出血, 但大多数能自行止血; 严重时, 需手术止血或行脏器部分切除、全部切除。如果出现呕血、黑便, 须立即到医院复诊检查;
- ☒ 9. 小儿肠镜检查需全身麻醉者, 可能出现麻醉意外, 严重者甚至危及生命安全;
- ☐ 10. 其他:

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 知情同意 进行此项诊疗检查/手术。

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。

患者/法定监护人/委托代理人/签名: 乔
(需附有效证件复印件、授权文件)

日期: 2015年8月20日 8时0分

主治医师或获得授权的医务人员签名:

付

日期: 2015年8月20日 8时0分

科主任(上级医师)签名:

付

日期: 2015年8月20日 8时50分



南昌大学第四附属医院

内窥镜检查知情同意书

患者姓名: 性别: 女 年龄: 62岁 科室: 消化内科 床号: 41 住院号: 0

门诊号: 民族: 汉族 身份证号码: 360

临床诊断: 淋巴瘤?

拟行内窥镜检查名称: 电子胃镜

本病例严重情况或特殊问题:

本项诊疗检查是一种 ☒ 创伤性/ ☐ 无创伤的诊疗手段, 一般来说该项检查操作是安全的, 但由于操作具有一定的风险性。在诊疗检查操作中和其后可能会发生意外和并发症, 现告知如下, 包括但不限于:

✓ 1. 恶心、咽喉损伤、环状关节脱位、咽喉部感染或脓肿、胸骨后疼痛等;

✓ 2. 心、肺、脑血管意外造成呼吸、心跳骤停;

✓ 3. 出血、穿孔(食管、胃肠)、感染、休克;

✓ 4. 注射性胰腺炎、化脓性胆管炎等;

✓ 5. 麻醉(药物)意外、碘过敏、ERCP插管不成功;

✓ 6. 扩张后再狭窄、食管贲门撕裂;

✓ 7. 腹膜后气肿、结肠浆膜及其它肠系膜撕裂、造瘘管漏、造瘘管滑脱、吸入性肺炎等;

✓ 8. 需同时做病理活检的少数病人, 可能发生活检后出血, 但大多数能自行止血; 严重时, 需手术止血或行脏器部分切除、全部切除。如果出现呕血、黑便, 须立即到医院复诊检查;

✓ 9. 小儿肠镜检查需全身麻醉者, 可能出现麻醉意外, 严重者甚至危及生命安全;

10. 其他:

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 知情同意 进行此项诊疗检查/手术。

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。

患者/法定监护人/委托代理人/签名:
(需附有效证件复印件、授权文件)

日期: 2015年8月24日 8时0分

主治医师或获得授权的医务人员签名:

日期: 2015年8月24日 8时10分

科主任(上级医师)签名:

日期: 2015年8月24日 8时50分