



浙江大学医学院附属第一医院
浙江省第一医院

内镜下介入治疗知情同意书

姓名: [REDACTED] 病区: 消化内科二病区(2-18) 床号: 17 住院号: [REDACTED]

1 这是一份有关内镜下介入治疗的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的内镜下介入治疗相关事宜。请您仔细阅读, 提出与本次内镜下介入治疗有关的任何疑问, 决定是否同意进行内镜下介入治疗。

2 由于已知或未知的原因, 内镜下介入治疗有可能, 不能达到预期结果, 出现并发症、损伤甚至死亡等。因此, 您有权知道内镜下介入治疗的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在没有给您知情并获您签署的书面同意前, 医生不能对您施行内镜下介入治疗。在内镜下介入治疗实施前的任何时间, 您都有权接受或拒绝本次治疗。

3 您的主诊医生是: 陈伟 您的经管医生是: 陈伟

目前的诊断: 十二指肠溃疡出血

拟施行的治疗/操作:

3.1 非静脉曲张性上消化道出血止血术:

☐ 药物喷洒止血术

☐ 金属夹止血术

☐ 氩离子血浆凝固术

☐ 高频电止血术

☐ 药物注射止血术

☐ 注射加金属夹止血术

☐ 热探头止血术

3.2 食管胃底静脉曲张出血止血术:

☐ 套扎术

☐ 套扎术联合硬化剂注射术

☐ 硬化剂注射术

☐ 组织黏合剂注射术

3.3 上消化道狭窄的内镜治疗术:

☐ 气囊扩张术

☐ 金属支架置入术

☐ 探条扩张术

☐ 肉毒素注射术

3.4 其它治疗方法:

☐ 消化道息肉切除术

☐ 内镜下黏膜切除术

☐ 上消化道异物取出术

☒ 内镜下圈套活检术

☒ 上消化道黏膜下肿瘤切除术

☐ 经口内镜下食管括约肌切开术

☐ 经皮穿刺内镜下胃、空肠造瘘术

4 医生会用通俗易懂的语言给您解释:

4.1 内镜下治疗的性质、目的、预期的效果及大致费用:

主要用于: 明确诊断, 评估病情, 治疗疾病。

4.2 告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险:

上述内镜下介入治疗术除可能发生诊断性内镜可能发生的并发症之外, 还可能出现下列不适、并发症或风险:

☒ 腹痛或胸痛

☒ 食管、胃肠道穿孔

☐ 胃肠道出血或更严重的出血

☐ 消化道狭窄、狭窄复发或再狭窄

☐ 消化性溃疡炎症及溃疡

☐ 继发感染, 如呼吸系统感染

☐ 造瘘管漏

☐ 坏死性腹膜炎

☐ 造瘘管滑脱

☒ 胃胀气

☒ 食管气管瘘

☐ 橡皮圈脱落引起继发性出血

☐ 反流性食管炎

☐ 异物或反流物误吸致窒息

☐ 支架移位及脱落

☐ 造瘘口周围感染与脓肿形成

☐ 胃结肠瘘

☒ 腹腔内出血、气腹及腹腔感染



浙江大学医学院附属第一医院
浙江省第一医院

内镜下介入治疗知情同意书

姓名: [REDACTED]

病区: 消化内科二病区(2-18)

床号: 17

住院号: [REDACTED]

☐ 其他

4.3 针对上述情况将采取的防范措施:

基于内镜下介入治疗过程中可能出现的各种并发症,我们将根据现代医疗规范,采取及时、有效、科学的防范措施,最大限度地保护病人安全,使诊疗过程顺利完成。

4.4 可供选择的其它检查/手术方法: 外科手术

5 担任您本次治疗/操作的医生: [REDACTED] 助手: [REDACTED]

6 您签字后表明您已授权病理医生对在治疗/操作中取下的相关组织进行必要的医学处置。

7 您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩,也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表)作为医疗和教学之用。

8 为了确保您对上述内容的准确理解,在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前,医生将会给您解释上述内容。如果您还有任何其它疑问,希望您及时告诉您的医生。

您以下的签名表示:

- ① 您已阅读并理解、同意前面所述的内容;
- ② 您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释;
- ③ 您已经得到了内镜下介入治疗的相关信息;
- ④ 您授权并同意医生为您施行内镜下介入治疗。

签名: [REDACTED]

日期: 2017 年 5 月 24 日 17 时
(☒ 患者本人 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ 其他近亲属同事 ☐ 朋友 ☐ 其他)

谈话医生: [REDACTED] 日期: 2017 年 5 月 24 日 17 时