

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 周慕清 性别: 女 年龄: 10岁 科别: 儿内科 病区: 4-1 床号: 住院病历号: 1004809647

特殊检查(治疗)名称: ☒粪菌移植 ☐结肠镜 ☐小肠镜 ☐内镜治疗

根据患者目前的病情,需进行粪菌移植检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者父母(患者近亲属或代理人)说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交待说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表示意愿并签字。

医师签名: 刘娟

日期: 2015.11.18

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者)因患过敏性肠炎疾病,需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果,同意接受此检查(治疗),并授权医师对检查(治疗)中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名: 刘娟

与患者关系: 母亲

日期: 2015.11.18

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者)因患_____疾病,需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解,且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险,决定拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 高梓涵 性别: 女 年龄: 7m 科别: 儿4-1 病区: 4-1 床号: 24 住院病历号: 1004748732

特殊检查 (治疗) 名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情, 需进行 粪菌移植 检查 (治疗)。本医师已针对患者病情, 向患者父母 (患者近亲属或代理人) 说明该检查 (治疗) 的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异, 在现有医学科学技术的条件下, 施行该检查 (治疗) 可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者 (患者近亲属或代理人) 交待说明。一旦发生所述情况, 可能加重原有病情、出现新的病变 (损害) 甚至危及生命, 医务人员将按医疗原则予以尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意检查 (治疗), 请书面表示意愿并签字。

医师签名: 于颖

日期: 2015.11.26

本人系患者 (患者近亲属或代理人), (患者) 因患 过敏性肠炎 疾病, 需进行上述检查 (治疗)。医师已告知实施此检查 (治疗) 的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症 (1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。) 我已充分理解, 且愿意承担相应的风险和后果, 同意接受此检查 (治疗), 并授权医师对检查 (治疗) 中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者 (授权委托人) 签名: 彭玲

患者近亲属签名: 彭玲

与患者关系: 母女

日期: 2015年11月26日

本人系患者 (患者近亲属或代理人), (患者) 因患 _____ 疾病, 需进行上述检查 (治疗)。医师已告知实施此检查 (治疗) 的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症 (1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。) 我已充分理解, 且明确知道接受检查 (治疗) 和拒绝检查 (治疗) 应承担的风险, 决定拒绝接受该检查 (治疗), 由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者 (授权委托人) 签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 王健宁 性别: 男 年龄: 9个月 科别: 儿科 病区: 41 床号: 18 住院病历号: 1004187413

特殊检查(治疗)名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情,需进行 粪菌移植 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者父母(患者近亲属或代理人)说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交待说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表示意愿并签字。

医师签名: 李峰

日期: 15.12.7

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 结膜炎 疾病, 需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解, 且愿意承担相应的风险和后果, 同意接受此检查(治疗), 并授权医师对检查(治疗)中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者(授权委托人)签名: 王攀

患者近亲属签名:

与患者关系: 父子

日期: 2015.12.7

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 _____ 疾病, 需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解, 且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险, 决定拒绝接受该检查(治疗), 由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 袁瑞麒 性别: 男 年龄: 5岁3天 科别: 儿-4 病区: 床号: 23 住院病历号: 1004767510

特殊检查（治疗）名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情，需进行 粪菌移植 检查（治疗）。本医师已针对患者病情，向患者父母（患者近亲属或代理人）说明该检查（治疗）的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交待说明。一旦发生所述情况，可能加重原有病情、出现新的病变（损害）甚至危及生命，医务人员将按医疗原则予以尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗），请书面表示意愿并签字。

医师签名: 黄珊

日期: 2015.12.14

本人系患者（患者近亲属或代理人），（患者）因患 结肠炎 疾病，需进行上述检查（治疗）。医师已告知实施此检查（治疗）的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症（1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等；2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染；3. 脓毒症；4. 心肺肝功能损害及衰竭，严重者可危及生命；5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。）我已充分理解，且愿意承担相应的风险和后果，同意接受此检查（治疗），并授权医师对检查（治疗）中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意，目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者（授权委托人）签名: 袁瑞麒

患者近亲属签名:

与患者关系: 母子

日期: 2015.12.14

本人系患者（患者近亲属或代理人），（患者）因患 _____ 疾病，需进行上述检查（治疗）。医师已告知实施此检查（治疗）的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症（1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等；2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染；3. 脓毒症；4. 心肺肝功能损害及衰竭，严重者可危及生命；5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。）我已充分理解，且明确知道接受检查（治疗）和拒绝检查（治疗）应承担的风险，决定拒绝接受该检查（治疗），由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意，目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者（授权委托人）签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 孙梓恒 性别: 男 年龄: 2岁 科别: 儿-消 病区: 4 床号: 17 住院病历号: 1004886171

特殊检查(治疗)名称: ☒粪菌移植 ☐结肠镜 ☐小肠镜 ☐内镜治疗

根据患者目前的病情,需进行 粪菌移植 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者父母(患者近亲属或代理人)说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交待说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表示意愿并签字。

医师签名: 李峰

日期: 16.1.4

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 结肠炎 疾病, 需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解, 且愿意承担相应的风险和后果, 同意接受此检查(治疗), 并授权医师对检查(治疗)中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

孙梓恒

患者(授权委托人)签名:

李峰

患者近亲属签名:

李峰

与患者关系:

母子

日期: 2016.1.4

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 _____ 疾病, 需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解, 且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险, 决定拒绝接受该检查(治疗), 由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 郭泽 性别: 男 年龄: 6岁 科别: 儿内 病区: 41 床号: 14 住院病历号: 1003285835

特殊检查（治疗）名称: ☒粪菌移植 ☐结肠镜 ☐小肠镜 ☐内镜治疗

根据患者目前的病情,需进行 粪菌移植 检查（治疗）。本医师已针对患者病情,向患者父母（患者近亲属或代理人）说明该检查（治疗）的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交待说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变（损害）甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗）,请书面表示意愿并签字。

医师签名: 李道超

日期: 2019.8.14

本人系患者（患者近亲属或代理人）,（患者）因患 过敏性肠炎 疾病,需进行上述检查（治疗）。医师已告知实施此检查（治疗）的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症（1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。）我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果,同意接受此检查（治疗）,并授权医师对检查（治疗）中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者（授权委托人）签名: 沈锁

患者近亲属签名:

与患者关系:

母子

日期: 2019.8.14

本人系患者（患者近亲属或代理人）,（患者）因患 _____ 疾病,需进行上述检查（治疗）。医师已告知实施此检查（治疗）的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症（1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。）我已充分理解,且明确知道接受检查（治疗）和拒绝检查（治疗）应承担的风险,决定拒绝接受该检查（治疗）,由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者（授权委托人）签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 曾可 性别: ♂ 年龄: 5y 科别: 儿科 病区: 41 床号: 2 住院病历号: 100334856

特殊检查 (治疗) 名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情, 需进行 粪菌移植 检查 (治疗)。本医师已针对患者病情, 向患者父母 (患者近亲属或代理人) 说明该检查 (治疗) 的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异, 在现有医学科学技术的条件下, 施行该检查 (治疗) 可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者 (患者近亲属或代理人) 交待说明。一旦发生所述情况, 可能加重原有病情、出现新的病变 (损害) 甚至危及生命, 医务人员将按医疗原则予以尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意检查 (治疗), 请书面表示意愿并签字。

医师签名: 刘子航

日期: 2014.8.28

本人系患者 (患者近亲属或代理人), (患者) 因患 过敏性结肠炎 疾病, 需进行上述检查 (治疗)。医师已告知实施此检查 (治疗) 的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症 (1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。) 我已充分理解, 且愿意承担相应的风险和后果, 同意接受此检查 (治疗), 并授权医师对检查 (治疗) 中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者 (授权委托人) 签名:

患者近亲属签名: 史慧

与患者关系: 母亲

日期: 2014.8.28

本人系患者 (患者近亲属或代理人), (患者) 因患 _____ 疾病, 需进行上述检查 (治疗)。医师已告知实施此检查 (治疗) 的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症 (1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。) 我已充分理解, 且明确知道接受检查 (治疗) 和拒绝检查 (治疗) 应承担的风险, 决定拒绝接受该检查 (治疗), 由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者 (授权委托人) 签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 韩梓欣 性别: 男 年龄: 1月 科别: 儿科 病区: 4 床号: 50 住院病历号: 103214506

特殊检查 (治疗) 名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情, 需进行 粪菌移植 检查 (治疗)。本医师已针对患者病情, 向患者父母 (患者近亲属或代理人) 说明该检查 (治疗) 的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异, 在现有医学科学技术的条件下, 施行该检查 (治疗) 可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者 (患者近亲属或代理人) 交待说明。一旦发生所述情况, 可能加重原有病情、出现新的病变 (损害) 甚至危及生命, 医务人员将按医疗原则予以尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意检查 (治疗), 请书面表示意愿并签字。

医师签名: 孙凯鹰

日期: 2014.9.3

本人系患者 (患者近亲属或代理人), (患者) 因患 肠炎 疾病, 需进行上述检查 (治疗)。医师已告知实施此检查 (治疗) 的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症 (1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。) 我已充分理解, 且愿意承担相应的风险和后果, 同意接受此检查 (治疗), 并授权医师对检查 (治疗) 中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者 (授权委托人) 签名:

患者近亲属签名: 孙凯鹰

与患者关系: 母子

日期: 2014.9.3

本人系患者 (患者近亲属或代理人), (患者) 因患 _____ 疾病, 需进行上述检查 (治疗)。医师已告知实施此检查 (治疗) 的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症 (1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。) 我已充分理解, 且明确知道接受检查 (治疗) 和拒绝检查 (治疗) 应承担的风险, 决定拒绝接受该检查 (治疗), 由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者 (授权委托人) 签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 李楠 性别: 女 年龄: 18 科别: 11 病区: 4 床号: 4 住院病历号: 100351248

特殊检查 (治疗) 名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情, 需进行_____检查 (治疗)。本医师已针对患者病情, 向患者父母 (患者近亲属或代理人) 说明该检查 (治疗) 的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异, 在现有医学科学技术的条件下, 施行该检查 (治疗) 可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者 (患者近亲属或代理人) 交待说明。一旦发生所述情况, 可能加重原有病情、出现新的病变 (损害) 甚至危及生命, 医务人员将按医疗原则予以尽力抢救, 但仍可能产生不良后果。是否同意检查 (治疗), 请书面表示意愿并签字。

医师签名: 2014.9.4

日期: 2014.9.4

本人系患者 (患者近亲属或代理人), (患者) 因患 结直肠 疾病, 需进行上述检查 (治疗)。医师已告知实施此检查 (治疗) 的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症 (1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。) 我已充分理解, 且愿意承担相应的风险和后果, 同意接受此检查 (治疗), 并授权医师对检查 (治疗) 中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者 (授权委托人) 签名:

患者近亲属签名: 彭晓慧 与患者关系: 母女

日期: 2014.9.4

本人系患者 (患者近亲属或代理人), (患者) 因患_____疾病, 需进行上述检查 (治疗)。医师已告知实施此检查 (治疗) 的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症 (1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。) 我已充分理解, 且明确知道接受检查 (治疗) 和拒绝检查 (治疗) 应承担的风险, 决定拒绝接受该检查 (治疗), 由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者 (授权委托人) 签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

同济医院

RENTING HUI ZHONG GUO JI DIAO ZHONG YI YUAN TONGJI HOSPITAL

粪菌移植谈话记录

姓名:牛则泰 性别:男 年龄:7个月15科别:儿童感染消化科病,床号:21 住院病历号:1003714878

根据患者目前的病情,需进行粪菌移植检查(治疗)。本医生已针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者或患者近亲属(或代理人)交代。若发生所述情况,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名:

日期:

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查(治疗),同时授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理,本人意愿承担相应的风险和后果。因系本人意愿,以后对此不提出异议。(签署意见)

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者关系):

日期:

粪菌移植可能产生的不良反应及并发症列举如下: 1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐等。 2. 操作过程中可能出现下消化道粘膜损伤、出血、穿孔、感染。 3. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。 以上共3条已知情。

谈话医师签名:

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者关系):

日期:



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

同济医院

粪菌移植谈话记录

姓名:陈芷钰 性别:女 年龄:5个月9天 科别:儿童感染消化科病, 床号:18 住院病历号:1003677082

根据患者目前的病情,需进行粪菌移植检查(治疗)。本医生已针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者或患者近亲属(或代理人)交代。若发生所述情况,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名:

日期:

2019.9.17

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查(治疗),同时授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理,本人意愿承担相应的风险和后果。因系本人意愿,以后对此不提出异议。(签署意见)

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者关系):

陈光华 父子

日期:

2019.9.17

粪菌移植可能产生的不良反应及并发症列举如下: 1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐等。 2. 操作过程中可能出现下消化道粘膜损伤、出血、穿孔、感染。 3. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。 以上共3条已知情。

谈话医师签名:

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名(注明与患者关系):

陈光华 父子

日期:

2019.9.17



华中科技大学同济医学院附属

TONGJI HOSPITAL

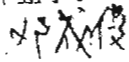
同济医院

湖北省武汉市武昌区中一路159号

粪菌移植谈话


姓名:金臻辰 性别:男 年龄:7个月0天 科别:儿童感染消化科病,床号:18 住院病历号:1003415946


根据患者目前的病情,需进行粪菌移植检查(治疗)。本医生已针对患者病情,向患者说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者或患者近亲属(或代理人)交代。若发生所述情况,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,是否同意检查(治疗),请书面表明意愿并签字。

谈话医师签名: 

日期: 2014.10.20

本人系患者(或受患者委托的代理人), (患者)因患疾病,需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果,本人已充分理解,同意接受此检查(治疗),同时授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理,本人意愿承担相应的风险和后果。因系本人意愿,以后对此不提出异议。(签署意见)

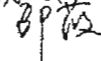
患者(授权委托人)签名: 


患者近亲属签名(注明与患者关系): 

日期: 2014.10.20

粪菌移植可能产生的不良反应及并发症列举如下: 1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐等。 2. 操作过程中可能出现下消化道粘膜损伤、出血、穿孔、感染。 3. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。 以上共3条已知情。

谈话医师签名: 

患者(授权委托人)签名: 

患者近亲属签名(注明与患者关系): 

日期: 2014.10.20

华中科技大学医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 陈博普 性别: 女 年龄: 8月 科别: IL 病区: 4 床号: 20 住院病历号: 1003250612

特殊检查(治疗)名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情,需进行 粪菌移植 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者父母(患者近亲属或代理人)说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交待说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表示意愿并签字。

医师签名: 袁良

日期: 2015-1-7

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者)因患 慢性肠炎 疾病,需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1.粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等;2.操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染;3.脓毒症;4.心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命;5.其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果,同意接受此检查(治疗),并授权医师对检查(治疗)中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者(授权委托人)签名: 黄萍

患者近亲属签名: 黄萍

与患者关系: 母女

日期: 2015.1.7

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者)因患 慢性肠炎 疾病,需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1.粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等;2.操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染;3.脓毒症;4.心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命;5.其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解,且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险,决定拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(授权委托人)签名: 黄萍

患者近亲属签名: 黄萍

与患者关系: 母女

日期: 2015.1.7

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 张硕天 性别: 男 年龄: 117天 科别: 儿4-1 病区: 儿4科 床号: 23 住院病历号: 1004714422

特殊检查(治疗)名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情,需进行 粪菌移植 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者父母(患者近亲属或代理人)说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交待说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表示意愿并签字。

医师签名: 于航

日期: 2015.9.8

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 结肠炎 疾病,需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果,同意接受此检查(治疗),并授权医师对检查(治疗)中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者(授权委托人)签名:

张硕天

患者近亲属签名:

与患者关系: 父子

日期: 2015.9.8

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 _____ 疾病,需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解,且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险,决定拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 姚曼时 性别: 女 年龄: 3m 科别: 儿 病区: 4-1 床号: 23 住院病历号: 100474112

特殊检查(治疗)名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情,需进行 粪菌移植 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者父母(患者近亲属或代理人)说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交待说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表示意愿并签字。

医师签名: 王

日期: 2015.10.11

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者)因患 结肠炎 疾病,需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果,同意接受此检查(治疗),并授权医师对检查(治疗)中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

患者(授权委托人)签名: 王

患者近亲属签名:

与患者关系: 母女

日期: 2015.10.11

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者)因患 结肠炎 疾病,需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解,且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险,决定拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(授权委托人)签名: 王

患者近亲属签名: 王

与患者关系: 母女

日期: 2015.10.11

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 胡程杰 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 儿一病区 床号: 19 住院病历号: 1004773526

特殊检查(治疗)名称: ☒粪菌移植 ☐结肠镜 ☐小肠镜 ☐内镜治疗

根据患者目前的病情,需进行 粪菌移植 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者父母(患者近亲属或代理人)说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交待说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表示意愿并签字。

医师签名: 胡程杰

日期: 2015.10.30

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 肠炎 疾病, 需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解, 且愿意承担相应的风险和后果, 同意接受此检查(治疗), 并授权医师对检查(治疗)中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

患者(授权委托人)签名: 胡程杰

患者近亲属签名:

与患者关系: 母亲

日期: 2015.10.30

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 _____ 疾病, 需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解, 且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险, 决定拒绝接受该检查(治疗), 由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(授权委托人)签名: 胡程杰

患者近亲属签名:

与患者关系: 母亲

日期: 2015.10.30

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 颜梓钰 性别: 男 年龄: 5岁8月 科别: 消化科 病区: 4 床号: 49 住院病历号: 604664/05

特殊检查(治疗)名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情,需进行 粪菌移植 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者父母(患者近亲属或代理人)说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交待说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表示意愿并签字。

医师签名: 李树华

日期: 2015.1.16

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 过敏性结肠炎 疾病, 需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解, 且愿意承担相应的风险和后果, 同意接受此检查(治疗), 并授权医师对检查(治疗)中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名: 颜燕志

与患者关系: 父

日期: 2015.1.16

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 _____ 疾病, 需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等; 2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染; 3. 脓毒症; 4. 心肺肝功能损害及衰竭, 严重者可危及生命; 5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解, 且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险, 决定拒绝接受该检查(治疗), 由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意, 目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 李珂霖 性别: 男 年龄: 7岁 科别: 儿内 病区: 61 床号: 21 住院病历号: 1004875073

特殊检查（治疗）名称: ☐粪菌移植 ☐结肠镜 ☐小肠镜 ☐内镜治疗

根据患者目前的病情，需进行 粪菌移植 检查（治疗）。本医师已针对患者病情，向患者父母（患者近亲属或代理人）说明该检查（治疗）的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交待说明。一旦发生所述情况，可能加重原有病情、出现新的病变（损害）甚至危及生命，医务人员将按医疗原则予以尽力抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗），请书面表示意愿并签字。

医师签名: 李运东

日期: 2016.1.20

本人系患者（患者近亲属或代理人），（患者）因患 肠炎 疾病，需进行上述检查（治疗）。医师已告知实施此检查（治疗）的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症（1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等；2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染；3. 脓毒症；4. 心肺肝功能损害及衰竭，严重者可危及生命；5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。）我已充分理解，且愿意承担相应的风险和后果，同意接受此检查（治疗），并授权医师对检查（治疗）中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意，目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者（授权委托人）签名:

患者近亲属签名: 汪成密

与患者关系: 母亲

日期: 2016.1.20

本人系患者（患者近亲属或代理人），（患者）因患 _____ 疾病，需进行上述检查（治疗）。医师已告知实施此检查（治疗）的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症（1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等；2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染；3. 脓毒症；4. 心肺肝功能损害及衰竭，严重者可危及生命；5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。）我已充分理解，且明确知道接受检查（治疗）和拒绝检查（治疗）应承担的风险，决定拒绝接受该检查（治疗），由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意，目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者（授权委托人）签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期:

华中科技大学同济医学院附属同济医院儿科

粪菌移植及消化内镜检查知情同意书

姓名: 孙青蕊 性别: 女 年龄: 3个月18天 科别: 儿 病区: 4 床号: 17 住院病历号: 1000990245

特殊检查(治疗)名称: ☒ 粪菌移植 ☐ 结肠镜 ☐ 小肠镜 ☐ 内镜治疗

根据患者目前的病情,需进行 粪菌移植 检查(治疗)。本医师已针对患者病情,向患者父母(患者近亲属或代理人)说明该检查(治疗)的必要性及优缺点。由于病情的关系及个体差异,在现有医学科学技术的条件下,施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。本医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交待说明。一旦发生所述情况,可能加重原有病情、出现新的病变(损害)甚至危及生命,医务人员将按医疗原则予以尽力抢救,但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗),请书面表示意愿并签字。

医师签名: 赵二

日期: 2015.12.28

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 肠坏死性结肠炎 疾病,需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等;2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染;3. 脓毒症;4. 心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命;5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解,且愿意承担相应的风险和后果,同意接受此检查(治疗),并授权医师对检查(治疗)中的标本进行合理的医学处理。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

签署意见:

同意

患者(授权委托人)签名: 吴希

患者近亲属签名:

与患者关系: 母女

日期: 2015.12.28

本人系患者(患者近亲属或代理人), (患者) 因患 _____ 疾病,需进行上述检查(治疗)。医师已告知实施此检查(治疗)的必要性以及可能发生的医疗风险和不良后果。对医师以上说明以及粪菌移植可能发生的不良反应及并发症(1. 粪菌移植后可能出现腹胀、腹泻、呕吐、发热等;2. 操作过程中可能出现下消化道黏膜损伤、出血、穿孔、感染;3. 脓毒症;4. 心肺肝功能损害及衰竭,严重者可危及生命;5. 其他可能发生的无法预料的或不能防范的并发症。)我已充分理解,且明确知道接受检查(治疗)和拒绝检查(治疗)应承担的风险,决定拒绝接受该检查(治疗),由此导致的风险和不良后果由本人承担。因系患儿父母愿意,目前及以后不再对上述问题提出异议。

患者(授权委托人)签名:

患者近亲属签名:

与患者关系:

日期: