

医疗机构名称: 山东大学齐鲁医院

(组织机构代码: 4955744-1)

医疗付款方式: 全自费

山东省住院病案首页

病案号

健康卡号: -

第 2 次住院

住院号

姓名: 性别: 女 出生年月: 年龄: 25岁 国籍: 中国

新生儿出生体重: 克 新生儿入院体重: 克

出生地: 籍贯: 民族: 汉族

身份证号: 职业: 职员 婚姻: 已婚

现住址: 山东省(自治区/直辖市) 市(地区/州) 县(区) 电话: 邮编: -

户口地址: 山东省(自治区/直辖市) 市(地区/州) 区) 山东省曹 邮编: -

工作单位及地址: 单位电话: - 邮编: -

联系人姓名: 系 父女 地址: 省(自治区/直辖市) 市(地区/州) 县(区) 电话: -

入院途径: 门诊 转诊医疗机构名称: 转科科别: -

入院日期: 2021-06-16 入院科别: 普外三 病区: -

出院日期: 2021-07-14 出院科别: 普外三 病区: F5D病区 实际住院天数: 28天

门(急)诊诊断: 上消化道出血 门(急)诊诊断编码: K92.208

出院诊断		疾病编码	入院病情	出院诊断		疾病编码	入院病情
主要诊断	上消化道出血	K92.208	1	其它诊断			
其它诊断	肠系膜上静脉血栓形成	K55.000 v010	1				
	肾上腺腺肿物	E27.901	1				
	肾结石	N20.000	1				
入院病情: 1.有 2.临床未确定 3.情况不明 4.无							

损伤、中毒外部原因: 疾病编码: -

病理诊断: - 疾病编码: -

病理号: - ICD-0-3: -

最高诊断依据: 药物过敏: 无 过敏药物: 死亡患者尸检: -

血型: 2 1.A 2.B 3.O 4.AB 5.不详 6.未查 7.疑难 RH: 2 1.阴 2.阳 3.不详 4.未查

护理级别: 1.特级护理 0 2.I级护理 19 3.II级护理 9 4.III级护理 0

科主任: 王磊 医疗组长: 王磊 主任(副主任)医师: 王磊 展翰翔 主治医师: 刘晗 住院医师: 刘晗

责任护士: 沈卫娟 进修医师: 实习医师: 编码员: -

病案质量: 甲 质控医师: 王磊 质控护士: 赵燕 质控日期: 2021-07-14

手术及操作编码	手术及操作日期	手术及操作名称	手术级别	手术类型	指导者	手术及操作人员			切口愈合等级	麻醉医师
						术者	一助	二助		
88.6501	2021-07-08	肠系膜静脉造影	一级手术	限期手术	-	姜剑军	邵国冲	刘皓	I/甲	局部麻醉
88.6400 002	2021-07-08	门静脉造影	一级手术	限期手术	-	姜剑军	袁野	刘皓	I/甲	局部麻醉

临床路径：入径情况 否 1.是 2.否 完成情况： 2 1.是 2.否 变异情况： 1 1.是 2.否

离院方式 医嘱离院

是否有出院31天内同一病种再住院计划： 是 目的： 内镜

颅脑损伤患者昏迷时间：入院前 0天0小时0分钟 入院后 0天0小时0分钟

(凡可由医院信息系统提供住院费用清单的，住院病案首页中可不填写“住院费用”)

住院费用(元)：总费用 - (自付金额： -)

1. 综合医疗服务类：(1) 一般医疗服务费： - (2) 一般治疗操作费： - (3) 护理费： -

(4) 其他费用： -

2. 诊断类：(5) 病理诊断费： - (6) 实验室诊断费： - (7) 影像学诊断费： -

(8) 临床诊断项目费： -

3. 治疗类：(9) 非手术治疗项目费： - (临床物理治疗费： -)

(10) 手术治疗费： - (麻醉费： - 手术费： -)

4. 康复类：(11) 康复费： -

5. 中医类：(12) 中医治疗费： -

6. 西药类：(13) 西药费： - (抗菌药物费用： -)

7. 中药类：(14) 中成药费： - (15) 中草药费： -

8. 血液和血液制品类：(16) 血费： - (17) 白蛋白类制品费： - (18) 球蛋白类制品费： -

(19) 凝血因子类制品费： - (20) 细胞因子类制品费： -

9. 耗材类：(21) 检查用一次性医用材料费： - (22) 治疗用一次性医用材料费： -

(23) 手术用一次性医用材料费： -

10. 其他类：(24) 其他费： -

山东大学齐鲁医院

胃镜检查知情同意书

患者姓名

性别：女

年龄：25岁

住院号：

疾病介绍和治疗建议

医生告知我目前诊断考虑为 消化道出血 , 根据你病情诊治的需要, 你有必要进行胃镜检查, 建议你认真了解以下相关内容并做出是否接受检查的决定。

胃镜检查的适应证:

- 1、凡有上消化道症状, 疑及食管、胃及十二指肠病变, 临床需要确诊者。
- 2、原因不明的消化道出血。
- 3、上消化道X线钡餐检查不能确定病变性质者。
- 4、已确诊的上消化道病变如溃疡、慢性胃炎、胃癌前病变等, 需胃镜随访复查者。
- 5、怀疑上消化道异物患者。
- 6、有胃癌家族史, 需要进行胃镜检查者。
- 7、有其它系统疾病或临床其它发现, 需要胃镜检查进行辅助诊断者。

胃镜检查的禁忌证:

(一) 相对禁忌证:

- 1、心肺功能不全。
- 2、消化道出血患者而血压未平稳者。
- 3、有出血倾向, 血色素低于70g/L者。
- 4、高度脊柱畸形, 巨大食管或十二指肠憩室。

(二) 绝对禁忌证:

- 1、严重心肺疾患, 如严重心律失常、心肌梗死急性期、重度心力衰竭、哮喘发作期、呼吸衰竭不能平卧等患者。
- 2、怀疑休克、消化道穿孔等危重患者。
- 3、严重精神失常不合作的精神病患者(必要时可进行无痛内镜)。
- 4、口腔咽喉急性炎症患者。
- 5、食管、胃急性腐蚀性炎症患者。
- 6、明显的主动脉瘤、脑梗急性期、脑出血患者。
- 7、急性、急性传染病患者。

胃镜检查潜在风险和对策:

医生告知我如下胃镜检查可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解该项操作技术有一定的创伤性和危险性, 在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险, 但不仅限于:

- 1) 过敏反应、过敏性休克;
- 2) 咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎;
- 3) 食管贲门撕裂;
- 4) 食管胃肠穿孔;
- 5) 出血;
- 6) 原有食管胃静脉曲张, 诱发大出血;
- 7) 各种严重心律失常;
- 8) 急性心肌梗死;
- 9) 脑血管病;
- 10) 下颌关节脱臼;

山东大学齐鲁医院 胃镜检查知情同意书

(1)除上述情况外,该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其它事项,如:

2. 我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓等疾病或者有吸烟史,以上这些风险可能会加大,或者在检查中或检查后出现相关的病情加重或心脑血管意外,甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素

我理解根据我个人的病情,我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险:

一旦发生上述风险和意外,医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

- 我的医生已经告知我将要进行的检查方式、此次检查及检查后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次检查的相关问题。
- 我同意在检查中医生可以根据我的病情对预定的检查方式做出调整。
- 我理解我的检查需要多位医生共同进行。
- 我并未得到检查百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对活检的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

可替代诊疗方案:

上消化道钡餐透视

CT

其他

可替代诊疗方案利弊:

医师陈述

我已经告知患者将要进行的检查方式、此次检查及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次检查的相关问题。

医师签名: [Signature]

签名日期: 年 月 日 时 分

患者签名: [Signature]

签名日期: 2021年 06月 17日 时 分

如果患者无法签署知情同意书,请其授权的亲属在此签名:

患者授权亲属签名: [Signature]

患者关系: 子女

签名日期: 2021年 06月 17日 时 分

23081704

医疗机构名称: 山东大学齐鲁医院

(组织机构代码: 495574910)

医疗付款方式: 外埠城乡居民基本医疗保险山东省住院病案首页

病案号

健康卡号: -

第 2 次住院

住院号

姓名: 性别: 男 出生年月: 1967-08-25 年龄: 55岁 国籍: 中国

新生儿出生体重 克 新生儿入院体重 克

出生地 山东省 (自治区/直辖市) (地区/州) (区) 籍贯 民族 汉族

身份证件类型 居民身份证 证件号 职业 无业人员 婚姻 已婚

现住址 山东省 (自治区/直辖市) 市 (地区/州) (区) 电话 邮编

户口地址 山东省 (自治区/直辖市) 市 (地区/州) 县 (区) 邮编

工作单位及地址 单位电话 邮编

联系人姓名 系 女 地址 省 (自治区/直辖市) 市 (地区/州) 县 (区) 电话

入院途径 急诊 转诊医疗机构名称 转科科别 消化内科二病区一重症医学

入院日期 2023-05-23 入院科别 消化内科二病区 病区 消化内科二病区

出院日期 2023-06-07 出院科别 消化内科二病区 病区 消化内科二病区 实际住院天数 15天

门 (急) 诊诊断: 消化道出血 门 (急) 诊诊断编码

出院诊断			疾病编码	入院病情	出院诊断			疾病编码	入院病情
主要 诊断 其它 诊断	感染性休克			1	其它 诊断	残胃炎			1
	消化道出血			2		心功能不全			1
	急性左心衰竭			1		2型糖尿病			1
	食管静脉曲张			1		腹腔积液			1
入院病情: 1. 有 2. 临床未确定 3. 情况不明 4. 无									

损伤、中毒外部原因 疾病编码

病理诊断 (胆肠吻合口) 粘膜组织轻度慢性炎, 活动期, 个别绒毛轻度短缩。 疾病编码

病理号 ICD-0-3

最高诊断依据 内镜 药物过敏 无 过敏药物 死亡患者尸检

血型: 2 1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查 7. 疑难 RH: 2 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查

护理级别: 1. 特级护理 13 2. I 级护理 2 3. II 级护理 0 4. III 级护理 0

科主任 左秀丽 医疗组长 左秀丽 主任 (副主任) 医师 左秀丽 贾晓青 主治医师 刘君 住院医师 张岩

责任护士 王俊文 进修医师 实习医师 编码员

病案质量 甲 质控医师 张岩 质控护士 王俊文 质控日期 2023-06-07

手术及操作编码	手术及操作日期	手术及操作名称	手术级别	手术类型	指导者	手术及操作人员			切口愈合等级	麻醉方式	麻醉医师
						术者	I助	II助			
	2023-05-26	胃镜检查	一级手术	择期手术	-	刘君			0类切口	全身麻醉	闫红丹
	2023-05-27	呼吸机治疗[小于96小时]	一级手术	限期手术	-	韩辉					
	2023-05-02	胃镜下胃出血止血术	三级手术	择期手术	-	钟宁			0类切口	全身麻醉	闫红丹

临床路径：入径情况 否 1.是 2.否 完成情况： 2 1.是 2.否 变异情况： 1 1.是 2.否

离院方式 医嘱离院

是否有出院31天内同一病种再住院计划： 否

颅脑损伤患者昏迷时间：入院前 0天0小时0分钟 入院后 0天0小时0分钟

(凡可由医院信息系统提供住院费用清单的，住院病案首页中可不填写“住院费用”)

住院费用(元)：总费用 - (自付金额： -)

1. 综合医疗服务类：(1) 一般医疗服务费： - (2) 一般治疗操作费： - (3) 护理费： -

(4) 其他费用： -

2. 诊断类：(5) 病理诊断费： - (6) 实验室诊断费： - (7) 影像学诊断费： -

(8) 临床诊断项目费： -

3. 治疗类：(9) 非手术治疗项目费： - (临床物理治疗费： -)

(10) 手术治疗费： - (麻醉费： - 手术费： -)

4. 康复类：(11) 康复费： -

5. 中医类：(12) 中医治疗费： -

6. 西药类：(13) 西药费： - (抗菌药物费用： -)

7. 中药类：(14) 中成药费： - (15) 中草药费： -

8. 血液和血液制品类：(16) 血费： - (17) 白蛋白类制品费： - (18) 球蛋白类制品费： -

(19) 凝血因子类制品费： - (20) 细胞因子类制品费： -

9. 耗材类：(21) 检查用一次性一用材料费： - (22) 治疗用一次性医用材料费： -

(23) 手术用一次性医用材料费： -

10. 其他类：(24) 其他费： -

山东大学齐鲁医院
胃肠镜检查/治疗知情同意书

患者姓名: 性别: 男 年龄: 55岁 病历号:

疾病介绍和治疗建议:

医生告知我可能患有 消化道出血。根据你病情诊治的需要, 你有必要进行胃肠镜检查/治疗, 建议你认真了解以下相关内容并作出是否接受检查/治疗的决定。

拟采取治疗方式: ☐ 粘膜切除 ☐ 粘膜下剥离术 ☐ NOTES ☐ 狭窄扩张术 ☐ 支架置入术
☐ 食管静脉曲张硬化剂套扎术 ☐ 胃底静脉曲张组织胶注射治疗术 ☐ 经皮内镜胃造瘘术
☐ 支架取出术 ☐ 止血治疗术 ☐ 异物取出术 ☐ 小探头超声内镜检查术 ☐ 肠梗阻导管置入术
☐ 营养管置入术 ☐ 病变标记术 ☒ 其它:

胃肠镜检查潜在风险和对策:

医生告知我如下胃肠镜检查可能发生的风险, 有些不常见的风险可能没有在此列出, 具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同, 医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容, 如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

我理解该项检查有一定的创伤性和危险性, 在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险, 但不仅限于:

- (1) 牙垫可能会导致牙齿脱落, 牙龈出血等损伤;
- (2) 粘膜损伤、出血、穿孔;
- (3) 各种严重心率失常、急性心肌梗死;
- (4) 脑血管病复发;
- (5) 虚脱、低血糖;
- (6) 过敏反应、过敏性休克;
- (7) 食管贲门撕裂、咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎、下颌关节脱臼;
- (8) 原有食管胃底静脉曲张, 诱发大出血;
- (9) 在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱;
- (10) 原有肠梗阻加重;
- (11) 除上述情况外, 该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提醒患者及家

属特别注意的其它事项,
如:

手术潜在风险和对策

内镜手术治疗是内镜介入比较复杂的技术, 有一定的创伤性和危险性, 也并不能完全保证实施该项医疗措施的效果。

我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策, 除上述检查所述风险外, 在实施内镜治疗措施的过程中/后还可能出现下列并发症和风险, 但不仅限于:

- (1) 因意外情况或病人特殊情况或其它原因不能完成治疗或不能一次完成治疗, 可根据病人情况决定下一步治疗。
- (2) 术后组织病理为癌, 并有浸润性, 需要外科手术治疗。
- (3) 部分患者治疗前因诊断需要加做超声内镜检查。
- (4) 少数患者由于前次检查活检等原因, 病变缩小无须电切治疗或病变已自行脱落而无须治疗。

(5) 部分病例病变切除后由于之前病理诊断明确无须再次送病理检查或由于客观原因造成切除标本无法取出送病理检查。

(6) 如有心脏起搏器患者需要在治疗前调整起搏模式，避免通电时对起搏器功能的影响。特殊风险或主要高危因素

(7) 上述并发症严重时，可能延长住院时间，需要重症监护或施以外科手术，并因此增加医疗费用。在极少数情况下，这可能导致永久残疾，甚至死亡。

(8) 我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓、凝血功能障碍等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加重血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

一切不可预知风险

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

● 我的医生已经告知我将要进行的检查/治疗方式，此次检查/治疗及检查/治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

● 我同意在检查/治疗中医生可以根据我的病情对预定的检查/治疗方式作出调整。

● 我理解我的检查/治疗需要多位医生共同进行。

● 我并未得到检查/治疗百分之百成功的许诺。

● 我授权医师对活检的组织或标本进行处置，包括病理学检查/治疗、细胞学检查/治疗和医疗废物处理等。

● 评估萎缩性胃炎严重程度及范围有助于提示胃癌风险，指导临床随访，我同意必要时对胃内多部位活检。

● 我同意其他医疗人员在检查过程中观摩学习，也同意未注明身份信息的检查资料被用于学习、教学、学术。

可替代诊疗方案：

☐ 钡灌肠造影 ☐ CT

☐ MRI

☐ 介入治疗

☒ 外科手术

医生陈述

我已告知患者将要进行的检查/治疗方式、此次检查/治疗及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次检查/治疗的相关问题。

医生签名：V717

签名日期：2023年6月2日

患者签名：

签名日期：2023年6月2日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签名：

23101763

医疗机构名称: 山东大学齐鲁医院

(组织机构代码: 495574910)

医疗付费方式: 外埠城镇职工基本医疗保险山东省住院病案首页

病案号:

健康卡号:

第 1 次住院

住院号:

姓名: 性别: 男 出生年月: 年龄: 68岁 国籍: 中国

新生儿出生体重: 克 新生儿入院体重: 克

出生地: 山东省 (自治区/直辖市) 籍贯: 族

身份证件类型: 居民身份证 证件类型: 职业: 职员 婚姻: 已婚

现住址: 山东省(自治区/直) 电话: 邮编:

户口地址: 山东省(自治区/直辖市) 县(区) 邮编:

工作单位及地址: 单位电话: 邮编:

联系人姓名: 关系: 子 地址: 省(自治区/直辖市) 市(地区/州) 县(区) 电:

入院途径: 急诊 转诊医疗机构名称: 转科科别:

入院日期: 2023-06-22 入院科别: 消化内科一病区 病区: 消化内科一病区

出院日期: 2023-07-01 出院科别: 消化内科一病区 病区: 消化内科一病区 实际住院天数: 9天

门(急)诊诊断: 消化道出血 门(急)诊诊断编码:

出院诊断		疾病编码	入院病情	出院诊断		疾病编码	入院病情
主要 诊断	消化道出血		1	其它 诊断	食管静脉曲张		1
	十二指肠术后		1		脾功能亢进		1
	十二指肠静脉曲张伴出血		1		残胃炎		1
	门脉高压性胃病		1		胆汁反流		1
入院病情: 1. 有 2. 临床未确定 3. 情况不明 4. 无							

损伤、中毒外部原因: 疾病编码:

病理诊断: 疾病编码:

病理号: ICD-0-3:

最高诊断依据: 内镜 药物过敏: 无 过敏药物: 死亡患者尸检:

血型: 1. A 2. B 3. O 4. AB 5. 不详 6. 未查 7. 疑难 RH: 2. 1. 阴 2. 阳 3. 不详 4. 未查

护理级别: 1. 特级护理 0. 2. I级护理 8. 3. II级护理 1. 4. III级护理 0.

科主任: 左秀丽 医疗组长: 左秀丽 主任(副主任)医师: 左秀丽 贾晓青 主治医师: 刘君 住院医师: 张岩

责任护士: 王俊文 进修医师: 实习医师: 编码员:

病案质量: 甲 质控医师: 张岩 质控护士: 王俊文 质控日期: 2023-07-01

手术及操作 编码	手术及操作 日期	手术及操作名称	手术 级别	手术 类型	指导者	手术及操作人员			切口愈合 等级	麻醉 方式	麻醉 医师
						术者	I助	II助			
	2023-06-26	曲张硬化剂注射	三级 手术	择期 手术	-	钟宁			0类切 口	全身 麻醉	闫红丹
	2023-06-26	胃镜检查	一级 手术	择期 手术	-	钟宁			0类切 口	全身 麻醉	闫红丹

临床路径：入径情况 否 1.是 2.否 完成情况： 2 1.是 2.否 变异情况： 1 1.是 2.否

离院方式 医嘱离院

是否有出院31天内同一病种再住院计划： 否

颅脑损伤患者昏迷时间：入院前 0天0小时0分钟 入院后 0天0小时0分钟

(凡可由医院信息系统提供住院费用清单的，住院病案首页中可不填写“住院费用”)

住院费用(元)：总费用 - (自付金额： -)

1. 综合医疗服务类：(1) 一般医疗服务费： - (2) 一般治疗操作费： - (3) 护理费： -

(4) 其他费用： -

2. 诊断类：(5) 病理诊断费： - (6) 实验室诊断费： - (7) 影像学诊断费： -

(8) 临床诊断项目费： -

3. 治疗类：(9) 非手术治疗项目费： - (临床物理治疗费： -)

(10) 手术治疗费： - (麻醉费： - 手术费： -)

4. 康复类：(11) 康复费： -

5. 中医类：(12) 中医治疗费： -

6. 西药类：(13) 西药费： - (抗菌药物费用： -)

7. 中药类：(14) 中成药费： - (15) 中草药费： -

8. 血液和血液制品类：(16) 血费： - (17) 白蛋白类制品费： - (18) 球蛋白类制品费： -

(19) 凝血因子类制品费： - (20) 细胞因子类制品费： -

9. 耗材类：(21) 检查用一次性一用材料费： - (22) 治疗用一次性医用材料费： -

(23) 手术用一次性医用材料费： -

10. 其他类：(24) 其他费： -

山东大学齐鲁医院
胃肠镜检查/治疗知情同意书

患者姓名 [] 性别：男 年龄：68岁 病历号 []

疾病介绍和治疗建议：

医生告知我可能患有 食管静脉曲张，根据你病情诊治的需要，你有必要进行胃肠镜检查/治疗，建议你认真了解以下相关内容并作出是否接受检查/治疗的决定。

拟采取治疗方式：☐ 粘膜切除 ☐ 粘膜下剥离术 ☐ NOTES ☐ 狭窄扩张术 ☐ 支架置入术
☒ 食管静脉曲张硬化剂套扎术 ☐ 胃底静脉曲张组织胶注射治疗术 ☐ 经皮内镜胃造瘘术
☐ 支架取出术 ☐ 止血治疗术 ☐ 异物取出术 ☐ 小探头超声内镜检查术 ☐ 肠梗阻导管置入术
☐ 营养管置入术 ☐ 病变标记术 ☐ 其它：食管吻合口硬化

胃肠镜检查潜在风险和对策：

医生告知我如下胃肠镜检查可能发生的风险，有些不常见的风险可能没有在此列出，具体的检查方案根据不同病人的情况有所不同，医生告诉我可与我的医生讨论有关我检查的具体内容，如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

我理解该项检查有一定的创伤性和危险性，在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：

- (1) 牙垫可能会导致牙齿脱落，牙龈出血等损伤；
- (2) 粘膜损伤、出血、穿孔；
- (3) 各种严重心率失常、急性心肌梗死；
- (4) 脑血管病复发；
- (5) 虚脱、低血糖；
- (6) 过敏反应、过敏性休克；
- (7) 食管贲门撕裂、咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎、下颌关节脱臼；
- (8) 原有食管胃底静脉曲张，诱发大出血；
- (9) 在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱；
- (10) 原有肠梗阻加重；
- (11) 除上述情况外，该医疗措施在实施过程中/后可能发生其它并发症或者需要提醒患者及家属特别注意的其它事项，如：

手术潜在风险和对策

内镜手术治疗是内镜介入比较复杂的技术，有一定的创伤性和危险性，也并不能完全保证实施该项医疗措施的效果。

我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策，除上述检查所述风险外，在实施内镜治疗措施的过程中/后还可能出现下列并发症和风险，但不仅限于：

- (1) 因意外情况或病人特殊情况或其它原因不能完成治疗或不能一次完成治疗，可根据病人情况决定下一步治疗。
- (2) 术后组织病理为癌，并有浸润性，需要外科手术治疗。
- (3) 部分患者治疗前因诊断需要加做超声内镜检查。
- (4) 少数患者由于前次检查活检等原因，病变缩小无须电切治疗或病变已自行脱落而无须治疗。

(5) 部分病例病变切除后由于之前病理诊断明确无须再次送病理检查或由于客观原因造成切除标本无法取出送病理检查。

(6) 如有心脏起搏器患者需要在治疗前调整起搏模式，避免通电时对起搏器功能的影响。特殊风险或主要高危因素

(7) 上述并发症严重时，可能延长住院时间，需要重症监护或施以外科手术，并因此增加医疗费用。在极少数情况下，这可能导致永久残疾，甚至死亡。

(8) 我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

我理解如果我患有高血压、心脏病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓、凝血功能障碍等疾病或者有吸烟史，以上这些风险可能会加大，或者在术中或术后出现相关的病情加血管意外，甚至死亡。

特殊风险或主要高危因素：

我理解根据我个人的病情，我可能出现未包括在上述所交待并发症以外的风险：

其它一切不可预知风险

一旦发生上述风险和意外，医生会采取积极应对措施。

患者知情选择

● 我的医生已经告知我将要进行的检查/治疗方式，此次检查/治疗及检查/治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次手术的相关问题。

● 我同意在检查/治疗中医生可以根据我的病情对预定的检查/治疗方式作出调整。

● 我理解我的检查/治疗需要多位医生共同进行。

● 我并未得到检查/治疗百分之百成功的许诺。

● 我授权医师对活检的组织或标本进行处置，包括病理学检查/治疗、细胞学检查/治疗和医疗废物处理等。

● 评估萎缩性胃炎严重程度及范围有助于提示胃癌风险，指导临床随访，我同意必要时对胃内多部位活检。

● 我同意其他医疗人员在检查过程中观摩学习，也同意未注明身份信息的检查资料被用于学习、教学、学术。

可替代诊疗方案：

☐ 钡灌肠造影 ☐ CT

☐ MRI

☐ 介入治疗

☒ 外科手术

医生陈述

我已告知患者将要进行的检查/治疗方式、此次检查/治疗及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于此次检查/治疗的相关问题。

医生签名：

签名日期：2023年6月13日

患者签名：

签名日期：2023年6月13日

如果患者无法签署知情同意书，请其授权的亲属在此签