

消化内镜诊治知情同意书

姓名		年龄		性别		科室		住院号	
疾病介绍和治疗建议: 医生告知我根据病情诊治的需要, 我有必要接受消化内镜诊治, 并建议我认真了解以下相关内容并决定是否接受诊治。									
消化内镜检查潜在风险和对策: 医生告知我如下消化内镜诊治可能发生的风险, 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。 我理解该操作技术有一定创伤性和危险性, 在实施过程中/后可能出现下列并发症和风险, 但不仅限于:									
<input type="checkbox"/> 上消化道内镜 (1) 过敏反应、 过敏性休克 (2) 咽喉部损伤、感染、吸入性肺炎 (3) 食道贲门撕裂 (4) 食管胃肠穿孔或出血 (5) 原有食道胃静脉曲张, 诱发大出血 (6) 各种严重心律失常 (7) 急性心肌梗死 (8) 脑血管病 (9) 下颌关节脱臼					<input checked="" type="checkbox"/> 下消化道内镜 (1) 出血 (2) 穿孔 (3) 各种严重心律失常 (4) 急性心肌梗死 (5) 脑血管病 (6) 虚脱、低血糖 (7) 在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱 (8) 原有肠梗阻加重				
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: _____。									
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 <ul style="list-style-type: none"> ● 医生已经告知我将要进行的诊治方式、此次诊治及诊治后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它检查/治疗方法并解答了我关于此次检查的相关问题。 ● 我同意在诊治中医生可以根据我的病情对预定的诊治方式做出调整。 ● 我理解我的诊治需要多位医生共同进行。 ● 我并未得到诊治百分之百成功的许诺。 ● 我授权医师对切除病变器官、组织或标本进行处置, 包括病理学、细胞学检查和医疗废物处理等。 									
特殊用药情况: 一周内有无服用抗凝、抗血小板药物:									
<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 华法林 <input type="checkbox"/> 泰嘉 <input type="checkbox"/> 帅泰 <input type="checkbox"/> 波立维 <input type="checkbox"/> 阿司匹林 <input type="checkbox"/> 其他:									
患者签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 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:									
患者授权亲属签名 _____ 与患者关系 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日									
医生签名 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日									