



深圳市罗湖区人民医院

操作或治疗同意书



姓名: 性别: 男 年龄: 59岁 科室: 消化内科 床号: 37 住院号:

疾病介绍和治疗建议

消化内镜检查及内镜下治疗知情同意书

尊敬的患者:

您因消化道出血就诊, 初步诊断: 消化道出血。

根据患者目前的病情分析, 拟行以下诊疗操作: ☒ 胃镜 ☐ 肠镜 ☐ 超声内镜 ☐ 胃息肉切除术 ☐ 结肠息肉切除术 ☐ 食管胃肠道异物取出术 ☒ 内镜下止血术 (各种方法) ☐ 其他

诊疗操作目的: 内镜检查及必要时内镜下治疗 拟产生医疗费用为: (具体以实际产生为准, 仅供参考)

其他诊疗替代方案: ☐ 保守治疗 ☒ 外科手术 ☐ 其他

潜在风险和对策

医生告知我如下内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. 我理解任何手术麻醉都存在风险。

2. 我理解任何所用药物都可能产生副作用, 包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克, 甚至危及生命。

3. 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. 食道贲门撕裂。

4. 消化道出血、穿孔。

5. 原有食管胃底静脉曲张破裂, 诱发大出血。

6. 各种严重心律失常, 急性心肌梗死。

7. 脑血管意外。

8. 下颌关节脱臼、牙齿脱落、牙齿折断等。

9. 虚脱、低血糖。

10. 在肠道准备过程中发生水、电解质紊乱。

11. 原有肠梗阻加重。

12. 如果患有高血压、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。

13. 部分内镜治疗项目需按比例自费。

14. 医生有权对操作中异常情况处置: 如可疑病变取活检或急性异物取出或止血等。对于操作中可能出现出血、穿孔、窒息、猝死等危及生命安全的情况, 为了维护患者的生命和健康安全, 医护人员可能将采取暂停操作、转外科手术、转重症监护室等措施进行紧急处理。

15. 手术治疗不成功或需多次手术解决或需转外科治疗。

16. 其他:

患者知情选择

●我的医生已经告知我将要进行的手术/操作/检查/治疗方式、此次手术/操作/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我关于此次手术/操作/检查/治疗的相关问题。

●我同意在手术中医生可以根据我的病情对预定的手术/操作/检查/治疗方式做出调整。

●我理解我的手术/操作/检查/治疗需要多位医生共同进行。

●我并未得到手术/操作/检查/治疗百分之百成功的许诺。

我授权医师对手术/操作/检查/治疗切除的病变器官、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。

患者签名: _____

签名日期: _____



深圳市罗湖区人民医院

操作或治疗同意书



姓名: [REDACTED] 性别:男 年龄:59岁 科室:消化内科 床号:37 住院号:[REDACTED]

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: [REDACTED] 与患者关系: 夫妻 签名日期: 2023.7.21.12.50分

医生陈述

我已经告知患者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患者关于此次检查的相关问题。

医生签名: 李伟洋 签名时间: 2023 年 7 月 21 日 12 时 45 分