

聊城市人民医院消化内科  
内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD 知情同意书

患者姓名 <u>王通生</u>	性别 <u>男</u>	年龄 <u>65岁</u>	病历号 <u>1340625</u>
住址		联系电话	

疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我的 ☒ 食管 ☒ 胃 ☐ 结肠 ☐ 直肠患有 专门切除病变 内镜切除 需要在内镜下进行:

☐ 氩气凝固治疗 ☐ 高频电凝切除 ☐ 粘膜切除术 (EMR) ☒ 粘膜剥离术 (ESD) 治疗 102m

消化道息肉尤其是腺瘤性息肉、扁平粘膜病变呈腺瘤性改变或非典型增生等是常见的癌前病变,如不治疗,会逐渐生长,并可能发生癌变、溃疡、出血等并发症。为了防治上述病变的进一步发展,可通过内镜下消化道息肉切除或内镜下粘膜切除术 (EMR) 或内镜下粘膜下层剥离术 (ESD) 等内镜介入治疗手段达到治疗目的。消化道早期癌以及来源于消化道粘膜下层的病变如类癌或来源于粘膜肌层的间质瘤、平滑肌瘤等病变也可通过上述内镜介入治疗手段达到治疗目的。

手术潜在风险和对策:

医生告知我如下内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD 术可能发生的一些风险,有些 uncommon 的风险可能没有在此列出,具体的手术式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治疗的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

1. 我理解任何介入治疗都存在风险。
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. 我理解此治疗可能发生的风险和医生的对策:

内镜下消化道息肉切除/EMR/ESD 是内镜介入治疗中比较复杂的技术,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。在实施上述医疗措施的过程中/后可能出现下列并发症和风险,但不仅限于:

- 1) 局部损伤:胃镜检查时咽部损伤,肠镜局部粘膜损伤,或因呕吐出现食管粘膜撕裂。
- 2) 胃镜麻醉药物过敏、误吸等。
- 3) 心脑血管意外发生,极少数患者由于胃镜肠镜检查时恶心、疼痛、不适、情绪紧张等情况下可能出现心律失常、心绞痛、心肌梗死、心力衰竭以及脑出血、脑梗塞等脑血管意外,危及生命,当患者具有较大上述风险或出现上述情况时随时终止操作,并在相应科室配合下给予患者及时治疗和抢救。
- 4) 出血:切除病变后少数患者可导致出血,可通过局部注射、氩气、钛夹等治疗手段达到治疗或预防目的,不排除极少数患者需要输血、手术止血等治疗手段。
- 5) 穿孔:极少数患者在操作过程中或操作完成后可发生消化道穿孔,并可能出现腹腔感染、腹膜炎等并发症,甚至危及生命,并可能需要手术治疗。
- 6) 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。
- 7) 术后组织病理为癌,并有浸润性,需要追加外科手术治疗。
- 8) 部分患者治疗前因诊断需要需加做超声内镜检查。

9) 部分患者由于肠道准备情况不同或其他原因可能存在未发现原有息肉, 需要定期随访复查。

10) 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。

11) 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。

12) 胃肠道准备所造成的低血糖、肠梗阻、水电解质紊乱等并发症, 可根据具体情况给予相应处理。

13) 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。

14) 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, 还可能导致永久残疾, 甚至死亡。

15) 无痛内镜检查及治疗后须有家属陪同, 检查后当天不能驾车、做重大决定性工作。

4. 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或心脑血管意外, 甚至死亡。

5. 我理解术后如果我不遵医嘱, 可能影响治疗效果。

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。

替代治疗方案: 外科手术

优点: 视野暴露好, 切除范围大, 可能更加彻底。

缺点: 创伤大, 破坏消化道结构完整性, 住院时间长, 并发症发生风险相对较大。

医生陈述:

我已经告知患者将要进行的治疗方式、此次治疗及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患者关于此次治疗的相关问题。

医生签名

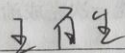


签名日期 2016 年 4 月 13 日 时 分

患者知情选择:

- 我的医生已经告知我将要进行的治疗方式、此次治疗及治疗后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它替代治疗方案并且解答了我关于此次治疗的相关问题。
- 我同意在治疗中医生可以根据我的病情对预定的治疗方式做出调整。
- 我理解我的治疗需要多位医生共同进行。
- 我并未得到治疗百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对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。
- 交纳所需费用是接受此项检查的基本条件, 我理解并同意交纳该项检查的相关费用。

患者签名



签名日期 2016 年 4 月 13 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 \_\_\_\_\_ 与患者关系 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 时 \_\_\_\_\_ 分