

医患沟通

姓名 [REDACTED]

病区：消化内科病区 床号：35 住院号：[REDACTED]

医患沟通

消化内科食管胃底静脉瘤诊疗医患沟通

目前诊断： 1. 食道胃孤立性静脉隆起性质 静脉瘤 2. 食管静脉瘤聚桂醇硬化治疗术后 3. 慢性胃炎

尊敬的患者：您目前诊断食道胃孤立性静脉隆起性质 静脉瘤有如下诊疗方案：

方案一：

药物治疗。

优点：费用小。缺点：效果欠佳。

方案二：

内镜下治疗。

优点：效果好。缺点：费用大。

方案三：

外科手术治疗。

优点：效果确切。缺点：费用大，风险高。

方案四：

若患者对以上诊疗方案不满意，可以放弃治疗或者转院治疗。

因患者的个体差异，病情变化以及潜在的无法预料的风险，以上治疗方案不一定保证取得满意的治疗效果，可能出现病情加重，反复，以及出现新的并发症，甚至引起生命危险，若出现以上情况，我们会积极予以抢救治疗。

我已详细阅读以上内容，对医务人员的告知表示完全理解，经慎重考虑，我同意选择方案 二 进行治疗。

患者签名：[REDACTED] 日期：2019年07月30日

患者家属（或被委托人）[REDACTED]

07月30日

记录医生：[REDACTED]

记录时间：2019-07-30 10:15:02

食道胃镜检查、超声内镜检查知情同意书

患者姓名		性别	女	年龄	67	科室	消-36	住院号	
------	--	----	---	----	----	----	------	-----	--

根据我的临床症状和表现,医生建议我作胃镜检查。

医生告知我胃镜检查可能发生如下的风险,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。建议我认真了解以下相关内容并作出是否接受检查的决定。

医生已告知除胃镜外还可以选择其他方法,包括但不限于 X线钡餐检查 胶囊内镜 CT 外科手术等。

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
- (11)除上述情况外,该医疗措施在实施过程中/后可能发生其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项,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,除上述风险以外,还可能出现以下特殊并发症或风险:_____。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操作方式、相关费用、此次操作及操作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操作的相关问题。

- 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。
- 我理解我的操作需要多位医生共同进行。
- 我并未得到操作百分之百成功的许诺。
- 我授权医师对操作切除的病变器官、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。
- 我同意需要时使用一次性物品并承担相关费用。
- 我已如实填写信息并提供相应病史及既往检查资料,如有隐瞒出现后果自负。
- 我同意承担出现并发症时需要进一步诊治所发生的费用。
- 医生已告知我普通和无痛检查的区别,我愿意选择:

无痛胃镜检查
 无痛超声内镜检查
 普通超声内镜检查
 普通胃镜检查

患者签名 _____ 电话 _____ 签名日期 2019年8月23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 _____ 电话 _____ 日期 2019年8月23日