

中国人民解放军空军总医院

姓名 [] 半

科室 消化内科病区

床号 28

ID号 []

住院号 []

电子小肠镜检查及治疗同意书

一、疾病介绍和治疗建议:

医生已告知我及家属,目前高度怀疑或已确诊本人患有以下疾病:

小肠息肉; 小肠血管性病变; 小肠溃疡性病变; 不明原因消化道出血(OGIB);

小肠黏膜下肿物样隆起; 肠套叠; 小肠梗阻; 小肠异物;

需要进行:

经口小肠镜检查; 经肛小肠镜检查; 胶囊内镜检查

小肠镜下肿物切除术; 小肠镜下止血治疗; 小肠镜下组织活检术; 小肠镜下狭窄扩张术; 小肠镜下支架置入术; 小肠镜下肿物ESD治疗; 小肠异物取出术; 其他治疗,如:腹腔镜手术治疗,外科手术
手术治疗。内镜下小肠肿物硬化剂注射治疗

二、治疗预期及优势:

电子小肠镜检查如经口及经肛侧分别进镜的方式相结合就可能使整个小肠得到全面、彻底的检查并可进行镜下活检及镜下息肉切除、止血治疗、肠腔狭窄扩张、取异物等相关治疗,具有创伤小、视野广、图像清晰等优势。

三、手术潜在风险和对策:

医生已告知我电子小肠镜检查可能发生的一些风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的检查及治疗方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方式的具体内容,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. 我理解此检查或治疗可能发生的风险:电子小肠镜检查是实现小肠疾病诊断与治疗的良好方法,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,包括但不限于:

1) 过敏反应、过敏性休克(麻醉药等),各种严重心律失常、急性心肌梗死、急性脑血管病,猝死等意外。

2) 术中解痉药药物使用可能加重或导致青光眼、尿潴留,经口进镜可能会导致咽喉部损伤、感染、甚至出现误吸引起窒息或吸入性肺炎。

3) 消化道穿孔,特别是行小肠镜下治疗时,出现消化道穿孔的风险会明显增加。迟发性消化道穿孔可能需要进一步内镜干预,甚至需要外科手术治疗。

4) 消化道出血,特别是行小肠镜下治疗时,出现消化道出血的风险会明显增加。对于不明原因消化道出血患者在小肠镜检查前的准备过程中可能会增加出血风险。迟发性出血可能需要进一步内镜干预,甚至需要外科手术治疗。

5) 创面感染,甚至出现全身感染,感染性休克。特别是行小肠镜下治疗时,出现消化道创面感染的风险会明显增加。

6) 如果患者合并肠套叠情况,内镜检查可能会加重肠套叠或治疗后无法解除肠套叠,内镜治疗过程中或术后出现消化道穿孔或出血

7) 对于部分患者小肠镜检查可能无法明确出血原因或者活检不能明确疾病诊断,需要外科手术进一步干预;

8) 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

中国人民解放军空军总医院

姓名 [REDACTED] 科室 消化内科病区

床号 28

ID号 [REDACTED]

住院号 [REDACTED]

数情况下,还可能导致永久残疾,甚至死亡。

四、我理解如果我患有高血压、心脏病、脑血管病、糖尿病、肝肾功能不全、静脉血栓、凝血功能障碍等疾病或者曾服用阿司匹林、非甾体类抗炎药物、抗凝药物等,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病,甚至死亡。

五、我理解术后如果我不遵医嘱,可能增加治疗风险、影响治疗效果。

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、可能存在的其它治疗方法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。[✓]

医生已告知我本病的各种诊治方法及风险,我选择行小肠镜检查及镜下治疗。

患者签名:

[REDACTED]

签名日期: 2018年04月30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:

[REDACTED]

[REDACTED]

日期: 2018年04月30日