

安吉县人民医院
有创性诊断、治疗操作同意书

姓名: 性别: 年龄: 病区: 床号: 住院号:

身份证号码:

病情摘要: 患者 , , 。于2023年02月26日09时21分因1. 结肠息肉、2. 高血压收入院。

本例特点: 因“发现结肠息肉1年余”入院。查体: 体温36.5℃ 脉搏85次/分 呼吸19次/分 血压128/92mmHg。营养风险筛查评分: 0分;

视诊: 腹平, 全腹未见胃肠型、蠕动波;

触诊: 全腹无明显肌紧张, 无压痛及无反跳痛, Murphy's征阴性, 未及明显包块。肝、脾肋下未及;

叩诊: 肝区无叩痛, 肝浊音界无缩小, 移动性浊音(-);

听诊: 肠鸣音4次/分。辅查: 我院2022-11-16 无痛肠镜: 结肠多发息肉 (肠道准备不佳)

初步诊断: 1. 结肠息肉

拟行操作名称: 内镜下结肠息肉切除术

麻醉方法:

操作医师:

方法:

麻醉医师:

根据您的病情, 您需要进行上述有创性诊断或治疗 (以下称操作)。该操作是一种有效的诊断、治疗手段, 一般来说是安全的, 但由于该操作具有创伤性和风险性, 因此医师不能向您保证操作的效果。

因个体差异及某些不可预料的因素, 操作中和操作后可能会发生意外和并发症, 严重者甚至会导致死亡。先告知如下, 包括但不限于: (专科特殊诊治操作的可另附文, 患者签字)

1. 各种感染 (细菌、真菌、病毒等);
2. 麻醉意外;
3. 不可避免的操作部位大出血、邻近组织脏器连带操作损伤;
4. 严重心律失常等并发症;
5. 术后导致
6. 发生其他难以预料的、危及患者生命安全或致残的意外情况;
7. 其他

我已详细阅读以上内容, 对医师、护士的告知表示完全理解, 经慎重考虑, 我决定进行同意此项治疗。

我明白该项诊疗技术操作中, 在不可预见的情况下, 可能需要其他附加操作或变更方案, 我授权医师在遇有紧急情况时, 为保障我的生命安全实施必要的救治措施, 并保证承担全部所需费用。

我知道在操作开始之前, 我可以随时签署《拒绝医疗同意书》, 已取消本医疗操作知情同意书的决定。

经治医师签名:

患者/法定监护人/委托代理人/签名: