

天津市第五中心医院

特殊检查（治疗）知情同意书

姓名： 性别：男 年龄：38岁 住院号：

患者姓名： 性别：男 年龄：38岁

住院号： 床号： 住院科室：消化科

特殊检查(治疗)名称：经口内镜下贲门缩窄术治疗

根据患者目前的病情，需进行经口内镜下贲门缩窄术治疗检查(治疗)。经治医师已针对患者病情，向患者说明该检查(治疗)的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查(治疗)可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。经治医师已充分向患者(患者近亲属或代理人)交代，若发生所述情况，医务人员将按医疗原则予以抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查(治疗)，请书面表明意愿并签字。

特殊检查(治疗)可能出现的并发症及不良后果列举如下：

医生告知我如下经口内镜下贲门缩窄术治疗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：

经口内镜下贲门缩窄术治疗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

天津市第五中心医院

特殊检查（治疗）知情同意书

姓名：

性别：男

年龄：38岁

住院号：

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) 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。

8) 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。

9) 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。

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。

经治医师签名：

2018年06月20日

本人系患者(或患者近亲属)，患者因患反流性食管炎疾病，需行上述检查(治疗)。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受此检查(治疗)，并授权医师对检查(治疗)中切除标本或组织进行合理的医学处理，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

(签署意见)：

患者签名：_

患者近亲属签名(注明与患者关系)：_

日期：2018年06月20日 10时49分

天津市第五中心医院

特殊检查（治疗）知情同意书

姓名： 性别：男 年龄：68岁 住院号：
患者姓名： 性别：男 年龄：68
住院号： 床号： 住院科室：消化内科
特殊检查（治疗）名称：内镜下贲门缩窄术

根据患者目前的病情，需进行内镜下贲门缩窄术检查（治疗）。经治医师已针对患者病情，向患者说明该检查（治疗）的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。经治医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交代，若发生所述情况，医务人员将按医疗原则予以抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗），请书面表明意愿并签字。

特殊检查（治疗）可能出现的并发症及不良后果列举如下：

- 1) 过敏反应（麻醉剂等），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) 检查及治疗中/后消化道大出血； 5) 食管穿孔、脓胸；
- 6) 严重心律失常，心肌梗死； 7) 脑血管意外； 8) 猝死； 9) 发热； 10) 胸痛；
- 11) 吞咽困难； 12) 菌血症； 13) 食管粘膜内血肿； 14) 胸腔积液及其它肺部并发症（肺浸润、肺不张、ARDS等）； 15) 纵隔炎、心包积液；
- 16) 食管狭窄； 17) 其它少见并发症如：一过性血红蛋白尿，镜下血尿等；
- 18) 治疗效果不满意； 19) 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。

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。

我理解术后如果我不遵医嘱，可能影响治疗效果。

经治医师签名： _____

2020年06月04日

本人系患者（或患者近亲属），患者因患返流性食管炎疾病，需行上述检查（治疗）。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受此检查（治疗），并授权

天津市第五中心医院

特殊检查（治疗）知情同意书

姓名：_____ 性别：男 年龄：68岁 住院号：_____

医师对检查（治疗）中切除标本或组织进行合理的医学处理，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见）：

患者签名：_____

患者近亲属签名（注明与患者关系）：_____

日期：2020年06月04日 10时13分

天津市第五中心医院

特殊检查（治疗）知情同意书

姓名： 性别：男 年龄：33岁 住院号：
患者姓名： 性别：男 年龄：33
住院号： 床号：24 住院科室：
特殊检查（治疗）名称：内镜下贲门缩窄术

根据患者目前的病情，需进行内镜下贲门缩窄术检查（治疗）。经治医师已针对患者病情，向患者说明该检查（治疗）的必要性及优、缺点。由于病情的关系及个体差异，在现有医学科学技术的条件下，施行该检查（治疗）可能出现无法预料或者不能防范的医疗风险和不良后果。经治医师已充分向患者（患者近亲属或代理人）交代，若发生所述情况，医务人员将按医疗原则予以抢救，但仍可能产生不良后果。是否同意检查（治疗），请书面表明意愿并签字。

特殊检查（治疗）可能出现的并发症及不良后果列举如下：

经治医师签名：

2020年 07月 13日

本人系患者（或患者近亲属），患者因患反流性食管炎疾病，需行上述检查（治疗）。医师已告知可能发生的医疗风险和不良后果，本人已充分理解，同意接受此检查（治疗），并授权医师对检查（治疗）中切除标本或组织进行合理的医学处理，本人愿意承担相应的风险和后果。因系本人意愿，以后对此不提出异议。

（签署意见）：

患者签名：

患者近亲属签名（注明与患者关系）：

日期：2020年 07月 13日 11时 38分