

解放军总医院第三医学中心消化内窥镜中心

特殊检查、特殊治疗同意书

姓名: [REDACTED] 性别: [REDACTED] 年龄: [REDACTED] ID号: [REDACTED] 病历号: [REDACTED]

诊断: [REDACTED]

因

需行: 1.胃镜; 2.肠镜及镜下治疗; 3.肝癌介入治疗。

医生在检查或治疗前会充分准备,操作时会轻柔、小心、仔细,尽管如此,仍存在以下风险,希望患者及家属能够理解并给予配合。

- 1.穿孔
- 2.术中、术后出血
- 3.感染
- 4.肝功能衰竭
- 5.麻醉意外
- 6.心、脑血管意外
- 7.其它

如果患者及家属能够理解以上情况,且不以此引起纠纷及作为欠费理由,请签字。

患者或代理人意见: 同意

关系: 本人

签名: [REDACTED]

医生签名: [REDACTED]

日期: [REDACTED]