

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: 肝硬化  
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

8. 术后出血  
9. 术后感染及出血。因肝硬化所致。

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: [signature]

关系: 父女

签名: [redacted]

医生签名: [redacted]

日期: [redacted]