

胆胰管结石体外冲击波碎石知情同意书

姓名: 性别: 男 病区: 2-3F(东)病区 科别: 消化内科 床号: 住院号:

尊敬的患者:

您好! 这是一份关于胆胰管结石体外冲击波碎石的知情同意书, 医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。

医
师
告
知

1. 目前诊断: 1、胆总管结石; 2、胆囊术后; 3、胃术后; 4、胰腺术后; 5、十二指肠术后; 6、精神分裂症; 7、高血压1级

2. 诊疗操作目的: ☒ 胆管碎石 ☐ 胰管碎石 ☐ 其他

3. 主要意外、风险及并发症:

- 1) 麻醉意外, 治疗过程中出现心律紊乱、心跳骤停等严重并发症
- 2) 治疗后胆管损伤、胆漏、胆管炎、胆道出血等
- 3) 治疗后胰管损伤、急性胰腺炎、胰瘘、胰腺感染、胰周血肿、胰腺疼痛等
- 4) 碎石后结石仍无法通过ERCP取出
- 5) 胆道、胰周围器官冲击波损伤, 如肝、肾、心脏和胃肠道等
- 6) 局部皮肤损伤、瘀斑等
- 7) 远期并发症, 如结石复发、腹痛复发等
- 8) 其他: -

☆一旦出现2项到5项并发症, 必要时需剖腹手术处理。

4. 防范措施:

- 1) 严格按照诊疗操作规范执行
- 2) 加强监测, 仔细操作, 及时处理
- 3) 其他: -

5. 可替代的方案:

☐ 外科手术 ☐ 内科药物 ☐ 内镜治疗 ☒ 其他 -

医师签名: 签名时间: 202

患
方
意
见

我的医师已经告知我将要进行治疗方式必要性、步骤、成功率、治疗及治疗后可能发生的风险和并发症、不实施该医疗措施的风险, 操作中或操作后可能发生疼痛, 及产生疼痛后的治疗措施, 我经慎重考虑, 已充分理解本知情同意书的各项内容, 愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症, 并选择本手术治疗(而非替代方案中的治疗方案)。同意拍摄不著名身份的照片(有可能发表)作为医疗和教学之用。

患者签名:

签名时间:

代理人签名: 与患者的关系: 签名时间: 年 月 日 时 分

ERCP检查及治疗知情同意书

姓名: 性别: 男 病区: 2-3F(东)病区 科别: 消化内科 床号: 住院号:

尊敬的患者:

您好!这是一份关于经内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)检查及治疗的知情同意书,医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。

医师告知

1. 目前诊断: 1、胆总管结石;2、胆囊术后;3、胃术后;4、胰腺术后;5、十二指肠术后;6、精神分裂症;7、高血压1级

2. 诊疗操作目的: ERCP(根据术中可能进行以下但不限于: ☒ 进一步明确诊断(胆、胰管扩张原因) ☒ 急诊减压、减黄引流 ☒ 胆总管结石取石 ☒ 胆道良性狭窄,放置内支架 ☒ 胆道恶性梗阻,放置内支架引流(☒ 塑料; ☒ 金属支架/☐ 国产; ☒ 进口) ☒ 急慢性胰腺炎,减压引流 ☒ 胰管狭窄,放置内支架 ☒ 胰管结石取石 ☒ 胰腺假性囊肿引流)

3. 主要意外、风险及并发症:

1) 咽喉部擦伤;2) 麻醉、造影剂药物过敏及毒副反应所致的意外情况;3) 发生呼吸、心跳骤停等心脑血管意外;4) 因消化道梗阻、乳头开口过小或肠道先天异常等原因而内镜不能成功;5) 术中穿孔、术后迟发性穿孔;6) 术中大出血、术后迟发性出血;7) 术后发生感染、败血症;8) 术后急性轻症、重症胰腺炎;9) 操作不成功、手术失败;10) 操作失败需要反复作多次操作或转外科手术;11) 结石过多无法一次取尽,发生嵌顿、结石坚硬碎石时网篮断裂;12) 内支架、引流管脱落或移位;13) 其他不能预测的风险

☆特殊风险或主要高危风险:

1) 服用阿司匹林华法林等抗凝药物: ☐ 有 ☒ 无 2) 慢性肝病肝硬化病史: ☐ 有 ☒ 无
3) 血液系统疾病: ☐ 有 ☒ 无 4) 月经期(女性): ☐ 是 ☒ 否 5) 其他

4. 防范措施:

1) 严格按照诊疗操作规范执行;2) 加强监测,仔细操作,及时处理;3) 其他:

5. 可替代的方案:

☐ CT、MRI、钡餐等影像学检查; ☒ 外科手术治疗; ☐ 外科联合内镜手术治疗; ☐ 其他

6. 其他:

我们可能会留取少许组织标本做进一步检查或研究。

谈话医师签名: 签名时间: 2022年 月 日

患方意见

我的医师已经告知我将要进行治疗方式必要性、步骤、成功率、治疗及治疗后可能发生的风险和并发症、不实施该医疗措施的风险,操作中或操作后可能发生不适,及产生并发症后的治疗措施,我经慎重考虑,已充分理解本知情同意书的各项内容,愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症,并选择本操作方案(而非替代方案中的治疗方案)。同意拍摄不著名身份的照片(有可能发表)作为医疗和教学之用。

患者签名: 签名时间: 2022年 月 日

代理人签名: 与患者的关系: 签名时间: 年 月 日 时 分

备注



胆胰管结石体外冲击波碎石知情同意书

姓名: 性别: 女 病区: 2-3F(东)病区 科别: 消化内科 床号: 住院号:

尊敬的患者:

您好! 这是一份关于胆胰管结石体外冲击波碎石的知情同意书, 医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。

医
师
告
知

1. 目前诊断: 1、胆管结石伴胆管炎; 2、胆囊结石伴胆囊炎; 3、肝内胆管结石; 4、胆囊术后; 5、胆道术后; 6、肺部阴影; 7、肾上腺结节性增生

2. 诊疗操作目的: ☒ 胆管碎石 ☐ 胰管碎石 ☐ 其他

3. 主要意外、风险及并发症:

- 1) 麻醉意外, 治疗过程中出现心律失常、心跳骤停等严重并发症
- 2) 治疗后胆管损伤、胆漏、胆管炎、胆道出血等
- 3) 治疗后胰管损伤、急性胰腺炎、胰瘘、胰腺感染、胰周血肿、胰腺疼痛等
- 4) 碎石后结石仍无法通过ERCP取出
- 5) 胆道、胰周围器官冲击波损伤, 如肝、肾、心脏和胃肠道等
- 6) 局部皮肤损伤、瘀斑等
- 7) 远期并发症, 如结石复发、腹痛复发等
- 8) 其他: -

☆一旦出现2项到5项并发症, 必要时需剖腹手术处理。

4. 防范措施:

- 1) 严格按照诊疗操作规范执行
- 2) 加强监测, 仔细操作, 及时处理
- 3) 其他: -

5. 可替代的方案:

☐ 外科手术 ☐ 内科药物 ☐ 内镜治疗 ☒ 其他 -

医师签名: 签名时间: 2022年02月12日 07时40分

患
方
意
见

我的医师已经告知我将要进行治疗方式必要性、步骤、成功率、治疗及治疗后可能发生风险和并发症、不实施该医疗措施的风险, 操作中或操作后可能发生疼痛, 及产生疼痛后的治疗措施, 我经慎重考虑, 已充分理解本知情同意书的各项内容, 愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症, 并选择本手术治疗(而非替代方案中的治疗方案)。同意拍摄不著名身份的照片(有可能发表)作为医疗和教学之用。

患者签名: 签名时间: 年 月 日 时 分
代理人签名: 与患者的关系: 签名时间: 年 月 日 时 分

ERCP检查及治疗知情同意书

姓名: 性别: 女 病区: 2-3F(东)病区 科别: 消化内科 床号: 住院号: 01

尊敬的患者:

您好! 这是一份关于经内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)检查及治疗的知情同意书, 医生会用通俗易懂的方式告知该诊疗相关事宜。

医师告知	1. 目前诊断: 1、胆管结石伴胆管炎; 2、胆囊结石伴胆囊炎; 3、肝内胆管结石; 4、胆囊术后; 5、胆道术后; 6、肺部阴影; 7、肾上腺结节性增生 2. 诊疗操作目的: ERCP(根据术中可能进行以下但不限于: ☒ 进一步明确诊断(胆、胰管扩张原因) ☒ 急诊减压、减黄引流 ☒ 胆总管结石取石 ☒ 胆道良性狭窄, 放置内支架 ☒ 胆道恶性梗阻, 放置内支架引流(☒ 塑料; ☒ 金属支架/☐ 国产; ☒ 进口) ☒ 急慢性胰腺炎, 减压引流 ☒ 胰管狭窄, 放置内支架 ☒ 胰管结石取石 ☒ 胰腺假性囊肿引流) 3. 主要意外、风险及并发症: 1) 咽喉部擦伤; 2) 麻醉、造影剂药物过敏及毒副反应所致的意外情况; 3) 发生呼吸、心跳骤停等心脑血管意外; 4) 因消化道梗阻、乳头开口过小或肠道先天异常等原因而内镜不能成功; 5) 术中穿孔、术后迟发性穿孔; 6) 术中大出血、术后迟发性出血; 7) 术后发生感染、败血症; 8) 术后急性轻症、重症胰腺炎; 9) 操作不成功、手术失败; 10) 操作失败需要反复作多次操作或转外科手术; 11) 结石过多无法一次取尽, 发生嵌顿、结石坚硬碎石时网篮断裂; 12) 内支架、引流管脱落或移位; 13) 其他不能预测的风险 ☆特殊风险或主要高危风险: 1) 服用阿司匹林华法林等抗凝药物: ☐ 有 ☒ 无 2) 慢性肝病肝硬化病史: ☐ 有 ☒ 无 3) 血液系统疾病: ☐ 有 ☒ 无 4) 月经期(女性): ☐ 是 ☒ 否 5) 其他 4. 防范措施: 1) 严格按照诊疗操作规范执行; 2) 加强监测, 仔细操作, 及时处理; 3) 其他: - 5. 可替代的方案: ☐ CT、MRI、钡餐等影像学检查; ☒ 外科手术治疗; ☐ 外科联合内镜手术治疗; ☐ 其他 6. 其他: 我们可能会留取少许组织标本做进一步检查或研究。 谈话医师签名: 签名时间: 2
患方意见	我的医师已经告知我将要进行的治疗方式必要性、步骤、成功率、治疗及治疗后可能发生的风险和并发症、不实施该医疗措施的风险, 操作中或操作后可能发生不适, 及产生并发症后的治疗措施, 我经慎重考虑, 已充分理解本知情同意书的各项内容, 愿意承担由于疾病本身或现有医疗技术所限而致的医疗意外和并发症, 并选择本操作方案(而非替代方案中的治疗方案)。同意拍摄不著名身份的照片(有可能发表)作为医疗和教学之用。 患者签名: 签名时间: 年 月 日 时 分 代理人签名: 与患者的关系: 签名时间: 年 月 日 时 分
备注	