**胃镜检查/手术知情同意书**

1、您的主诊医生是:

2、这是一份有关胃镜检査/手术的告知书。目的是告诉您有关医生建议您进行的胃镜检查/手术相关事宜。请您仔细阅读，提出与本次胃镜检査/手术有关的任何疑问，决定是否同意进行胃镜检查手术。

3、由于已知或未知的原因，任何镜检查/手术都有可能：不能达到预期结果；出现并发症、损伤甚至死亡等。因此，医生不能对胃镜检査/手术的结果作出任何的保证。您有权知道胃镜检查/手术的性质和目的、存在的风险、预期的效果或对人体的影响。在没有给予您知情并获得您签署的书面同意前，医生不能对您施行胃镜检查/手术。在胃镜检查/手术实施前的任何时间，您都有权接受或拒绝本次操作。

4、 拟施行的检查:口**普通胃镜检查** 口**无痛胃镜检查**

5、医生会用通俗易懂的语言给您解释:

5.1胃镜检查/手术的性质、目的、预期的效果:

主要用于： 口 诊断、评估病情 口 内镜下治疗

5.2告诉任何可能伴随的不适、并发症或风险：

1. 普通胃镜检查/手术可能出现下列情况:

a、诱发心脏意外、脑血管意外和呼吸骤停等。

b、咽喉部损伤、咽喉炎、喉痉挛、皮下气肿、梨状窝穿孔等。

c、麻醉药物可能导致过敏、呼吸抑制、呼吸骤停、低血压、心律失常、心脏骤停、休克甚至死亡等不可预知的麻醉意外。

d、诱发消化道穿孔、消化道大出血等。

e、偶有感染，如吸入性肺炎等。

f、拔镜困难和下颌关节脱臼、腮腺肿胀等其它并发症或意外。

g、部分微小病灶可能漏诊或胃内食物或液体潴留影响观察造成漏诊。

h、内镜操作过程中可能造成邻近脏器的损伤破裂甚至大出血休克等。

I、其他不可预知的情况。

2)无痛胃镜检査/手术除可出现上述情况外还可出现以下情况:

a、麻醉药物过敏甚至休克、死亡等意外。

b、呼吸抑制，呼吸暂停。

c、低血压，心律失常，心跳骤停。

d、其它不可预知的麻醉意外。

5.3针对上述情况将采取的防范措施：

基于胃镜检查/手术过程中可能出现的各种并发症，我们将根据现代医疗规范，采取及时、有效、科学的防范措施，最大限度地保护病人安全，使诊疗过程顺利完成。如出现消化道出血、穿孔，则需再次胃镜处理或转外科开腹手术治疗。

5.4可供选择的其它检查/手术方法:

**口**消化道造影 **口**腹部CT **口**腹部MRI **口**介入治疗 **口**外科手术。

6、担任您本次检查/手术的医生：

7、您签字后表明您已授权病理医生对在手术/操作中取下的相关组织进行必要的医学处置。

8、您签字后表明您同意学习者在检查过程中进行观摩，也同意拍摄不注明您身份的照片(有可能将其发表）作为医疗和教学之用。

9、为了确保您对上述内容的准确理解，在您仔细阅读该知情同意书及作出决定前，医生将会给您解释上述内容，如果您还有其他任何疑问，希望您及时告诉您的医生。

10、无痛胃镜检査/手术后复苏后需再观察30分钟，家属必须陪同。

您以下的签名表示：

①您已阅读并理解，同意前面所述的内容；

②您的医生对以上提出的情况向您作了充分的解释；

③您已经得到了有关手术的相关信息；

④您授权并同意医生为您施行上述操作。

根据国务院701号条列：医疗（手术）意外险为可能发生的严重医疗意外提供保险保障，本人自愿投保。

**患者签字: 日期：**

**口**患者本人 **口**患者家属 **口**父母 **口**监护人  **口**委托代理人

**医生签字： 日期：**

病历号:

患者姓名：

床位号：