受益人筛查标准及知情同意书

项目编号： AYGY-JZ-2025-004

受益人姓名： \_\_\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话 \_\_\_\_\_\_\_\_

受益人ID: \_\_\_\_\_\_\_

**第一部分：受益人准入标准**（由工作人员勾选）

✅ 必须同时满足

| **条件** | **是** | **否** | **验证方式** |
| --- | --- | --- | --- |
| 年龄55-75周岁 | ☐ | ☐ | 身份证原件 |
| 未在本院做胃肠镜 | ☐ | ☐ | 医院系统查询 |
| 无胃肠镜绝对禁忌症 | ☐ | ☐ | 医生评估（见下方） |

⛔ 排除条件（任一满足即不可参加）

- □ 严重心肺功能不全（ASA分级≥III级）

- □ 凝血功能障碍（INR1.5或血小板<50×10⁹/L）

- □ 妊娠期妇女

**第二部分：分级知情同意书**

A. 基础检查知情（免费项目）

**本人已知晓并同意：**

1. 本次胃肠镜检查由澳洋公益基金会全额资助，包含：

- ☑ 普通/无痛胃肠镜（二选一）

- ☑ 基础麻醉及心电监护

- ☑ 肠道准备药品（\_\_\_复方聚乙二醇电解质散\_\_\_\_\_）

2. 可能风险：

- 常见：恶心、腹胀、咽喉不适（发生率10%）

- 罕见：穿孔、出血（发生率<0.1%）

- 麻醉相关风险：呼吸抑制、过敏反应

B. 自费项目知情（如需操作时签署）

**本人或家属确认在清醒状态下被告知**：

1. 医生发现以下情况需额外付费：

- □ 息肉切除+病理检查：\_\_ \_元

- □ 组织活检+病理检查：\_\_\_ \_元

2. 费用保障机制：

- 医院承诺单价不高于《苏州市医疗服务价格目录》

- 可拨打基金会监督电话 0512-58163916 举报乱收费

**第三部分：签字确认栏**

**受益人声明 :**

- 本人自愿参加本项目，已知悉**免费和付费**内容及风险

- 同意基金会为科研目的使用脱敏数据（不泄露姓名/身份证）

签字： \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

指纹： [按压区]（老年人备用）

**医疗告知确认**

- 医生已用口头+书面方式解释全部条款（含方言辅助）

- 自费项目预估总价：\_\_\_\_\_\_元（未发生则不填）

告知医生签字： \_\_\_\_\_\_\_\_\_

见证护士签字： \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**第四部分：特殊群体附加条款**

**弱势群体保护**

无完全民事行为能力者（如认知症患者）：

☑ 法定监护人代签字（需附关系证明）

文盲受益人：

☑ 护士朗读全文 + 录像存证（存储编号：\_\_\_\_\_\_\_\_）