

病室床號： / 科別：  
 病歷號： 男  
 姓名： 女  
 生日： 年 月 日

臺北榮民總醫院  
 Taipei Veterans General Hospital  
 放射線部 上消化道攝影檢查說明書暨同意書

### 上消化道攝影檢查說明書

#### 一、檢查的目的與效益

(經由檢查，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且檢查效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

上消化道攝影檢查的範圍包括食道、胃、十二指腸以及其他小腸(空腸和迴腸)。本項檢查利用各種角度的 X 光攝影，可以觀察到上消化道構造及黏膜變化。

#### 二、檢查的方式

檢查前 10~15 分鐘，會視情況注射一劑肌肉鬆弛劑，減緩胃腸蠕動以利受檢。受檢者檢查之前，會先服用發泡劑，其作用是利用氣體使胃、腸道脹起來以利觀察，會有腹部脹氣想打嗝的狀況，但是請千萬不可將氣體排出，務必儘量忍住到檢查完為止。接著會請您配合指示飲用，如奶昔般的腸胃道造影劑(鋇劑)。檢查過程中，檢查台上有平躺、俯臥、側躺或翻轉等不同姿勢，有時則需要受檢者閉氣配合，以 X 光透視需要拍排不等次數之檢查影像。檢查食道、胃及十二指腸之受檢者，約 20~30 分鐘受檢時間；若檢查範圍包括空腸和迴腸之受檢者，受檢時間約 2 小時。體弱者請務必有家屬在旁陪伴及協助。

#### 三、檢查的風險和機率

少數病人會引起吸入性肺炎的併發症約 <0.5%。有以下情形的被檢查者不適宜注射胃腸蠕動抑制劑，包括：青光眼、心律不整、或是攝護腺肥大等情形，因施打胃腸蠕動抑制劑會使得上述病況加劇。如有上列情況，請主動告知醫護人員。

#### 四、檢查的併發症及可能處理方式

1. 鋇劑之過敏反應極為罕見。
2. 因嘔吐而造成鋇劑及食物殘渣吸入肺部，引起吸入性肺炎。
3. 最嚴重的併發症為胃部和腸管破裂，以致鋇劑漏至腹腔內，必需緊急手術處理，但此併發症極為罕見。

#### 五、檢查可能出現之暫時或永久症狀

檢查前 10~15 分鐘，會視情況注射一劑肌肉鬆弛劑，減緩胃腸蠕動以利受檢，此藥劑注射時會有輕微疼痛，注射後可能會有口乾舌燥、輕微頭暈或眼睛模糊視線不清之現象，這些都是暫時性，請勿慌張。受檢後 2~3 天，糞便可能會因為鋇劑的關係，變成白色或灰色。偶爾會有暫時性便秘，大部份受檢者服用些緩瀉劑即可排除症狀，若情況未有改善或惡化，請儘速就醫。少部份吞嚥異常的病人，服用鋇劑過程嗆入，會造成吸入性肺炎；其他任何無法預知之情況。

#### 六、不實施檢查之後果及其他可能代替之方式

如果您不想接受此項檢查，缺點是無法得到這方面的診斷資訊，請與您的醫師討論是否改由胃鏡檢查代替。若是您對本身疾病的治療方式仍有疑慮，請與負責照顧您的醫師溝通。

#### 七、檢查的前、中、後注意事項

如果您可能已經懷孕，必須告知您的醫師或做檢查的放射師。檢查前一晚 12 時以後禁(含飲料及開水)。翌晨嚴禁早餐(含開水)直到檢查完畢為止。檢查前請取下項鍊或其他飾物，並換上檢查衣。檢查後即可正常進食或吃藥，鼓勵受檢者檢查後多喝水以排出顯影劑。

#### 八、健保給付說明

本檢查為健保給付。

聯絡暨諮詢電話：電話：02-28757594，放射線部

※這份說明書是用來向您解說即將接受的檢查之目的與效益、方式以及可能的併發症，請詳細閱讀內容，待醫師說明後，再簽署同意書。

頁數 1/2

病室床號： / 科別：  
病歷號：  
姓名：  
生日： 年 月 日

男  
女

臺北榮民總醫院  
Taipei Veterans General Hospital  
放射線部 上消化道攝影檢查說明書暨同意書

上消化道攝影檢查同意書

一、擬實施之檢查（如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋）

1. 疾病名稱：
2. 建議檢查名稱：上消化道攝影
3. 建議檢查原因：

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人能瞭解之方式，解釋這項檢查之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施檢查之原因、目的    不實施檢查之可能後果  
檢查方式                            其他可能替代之檢查方式  
檢查之風險和機率                檢查併發症及可能處理方式  
預期檢查後可能出現之暫時或永久症狀  
如另有檢查相關說明資料，我並已交付病人

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次檢查問題，並給予答覆：

- (1) \_\_\_\_\_  
(2) \_\_\_\_\_

說明醫師： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日    時    分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個檢查的原因、目的、方式、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查可能預後情況和不進行檢查的風險及其他可能替代之檢查方式。
3. 我瞭解這個檢查可能是目前較適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。
4. 針對我(病人)的情況、檢查之進行、檢查方式等，我能夠向醫師提出問題與疑慮，並已獲得說明。

基於上述聲明，我 同意 不同意 進行此檢查。

立同意書人： \_\_\_\_\_ 關係：病人之 \_\_\_\_\_ (本人、未成年人病人或無法親自簽具病人之法定代理人、配偶、親屬或關係人)

住址： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日    時    分

見證人： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日    時    分

附註：

- 一、病人為未成年人(未滿十八歲)或因故無法為同意之表示時，得由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽名。
- 二、立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。
- 三、見證人部分，如無見證人得免填載。