

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
放射線部下消化道攝影檢查說明書暨同意書

下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。) 下消化道攝影檢查的範圍包括直腸、乙狀結腸、下結腸、橫結腸、上結腸、盲腸及闌尾。本項檢查利用各種角度的X光攝影，為檢查大腸病變，如結腸、直腸的息肉、腫瘤或其他異常情形。

二、檢查的方式

檢查時首先請您俯臥在檢查台上，由檢查人員將肛管插入肛門，在醫師指示下灌入適量之顯影劑(鋇劑)，並視需要打入適量空氣均勻混合，並依醫師指示於檢查台上做不同姿勢之轉動。整個檢查通常需要20至30分鐘。

三、檢查的風險和機率

1. 鋇劑之過敏反應極為罕見。
2. 檢查後所造成的短暫性便秘有20~36%的發生率。
3. 最嚴重的併發症為腸胃管破裂及鋇劑滲漏至腹膜腔內，發生率約0.02%~0.04%。大腸破裂而引起腹膜炎必須緊急開刀。未經緊急處理及適當的治療，死亡率可達33~80%。
4. 其他極為罕見的併發症包括鋇劑進入腸內血管(死亡率約56%)、陰道破裂、門靜脈空氣留存、水中毒、細菌感染、腹痛、腹瀉等。
5. 另外，患有嚴重心臟疾病者，也可能在檢查過程中再次發生心肌梗塞。

四、檢查的併發症及可能處理方式

檢查前一週內若曾做大腸鏡檢查並切片者，或是三日內曾做大腸鏡但未切片者，比較不適合做下消化道攝影，請聯絡放射線科調整檢查時段。如果您可能已經懷孕請避免做此項檢查。因為檢查中需要在大腸中灌入氣體，有多達百分之五十的被檢查者會有腹脹或腹痛的症狀。下消化道攝影最嚴重的併發症為大腸破裂而引發厲害的腹膜炎而必須緊急開刀治療。另外患有嚴重心臟疾病的病人，也可能在檢查過程中再一次發生心肌梗塞。

五、檢查可能出現之暫時或永久症狀

檢查前一週內若曾做大腸鏡檢查並切片者，或是三日內曾做大腸鏡但未切片者，不適合做下消化道攝影，請聯絡放射線部調整檢查時段。如果您可能已經懷孕請避免做此項檢查。因為檢查中需要在大腸中灌入氣體，有多達百分之五十的被檢查者會有腹脹或腹痛的症狀；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大腸鏡檢查代替。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

檢查三天前進食低渣飲食，如糖水、米湯類，禁食纖維多的食物及水果。檢查前一晚服用蓖麻油30cc及喝水1000-1500cc約5-6杯，以刺激腸蠕動，協助糞便排出。午夜12點以後開始禁食(包括水及藥物)。檢查早上給予清潔灌腸(灌至排泄物呈清水為止)。體弱者請務必有家屬在旁陪伴及協助。有固定服用藥物者，不可自行停藥，可用少許白開水配合藥物服下。糖尿病病人，因為沒有進食所以降血糖藥物需減量以預防低血糖休克的發生。至於其他藥物可能的影響請與您的主治醫師討論。檢查結束後，若非病情需要限制水份者，即可開始正常飲食來幫助鋇劑從糞便中排出，以免造成便秘。一至二日內，若大便含白色鋇劑是正常的。第三天仍未解便時，請通知醫護人員。

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： 男
姓名： 女
生日： 年 月 日

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

下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：

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。