

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
 內科部 胃腸肝膽科內視鏡逆行性膽胰道造影術
 暨治療術說明書暨同意書

內視鏡逆行性膽胰道造影術暨治療術說明書

一、治療的目的與效益

執行胰及膽道疾病等綜合性診斷及治療，檢查胰管膽道系及鄰近臟器(十二指腸壺腹部等)的病變。若有結石或其他病變，且病人身體情況允許，可以一併加以治療。可以取代部分外科手術。

二、治療的方式

由口腔放入內視鏡，經食道、胃到達十二指腸第二部份，經導管注射顯影劑到膽胰管，若有發現病變，大部分會先以電刀或氣球執行十二指腸乳頭切開或擴張術再進行接續治療。若有膽胰道狹窄，可以置放支架(塑膠或金屬)以改善膽汁或胰液引流。若有膽道或胰管結石，可進行碎石術或取石術。

三、治療的風險和機率

- (一)消化道出血，發生率約 0.8~9%，可至出血性休克。
- (二)腸穿孔破裂，發生率約 0.3~0.6%。
- (三)急性胰臟炎，發生率約 1~18%，嚴重胰臟炎(約 0.1%)。
- (四)感染併發症，如菌血症、嗆咳引發吸入性肺炎、膽管炎(<1%)或膽囊炎(0.2~0.5%)，嚴重情形可至敗血性休克。
- (五)取石術罕見遭遇結石嵌頓、碎石術失敗或導線脫落。
- (六)無法預期之偶發病變：如心律不整、急性呼吸衰竭、休克等，死亡率約 0.2%。

四、治療的併發症及可能處理方式

- (一)消化道出血，可能需經內視鏡止血術、血管栓塞或手術治療。
- (二)腸穿孔破裂，必要時需緊急手術治療。
- (三)急性胰臟炎，會延長住院時間或需手術治療甚至死亡。
- (四)感染併發症，如菌血症、吸入性肺炎、膽管炎或膽囊炎，需以藥物治療。
- (五)取石術罕見遭遇結石嵌頓、碎石術失敗或導線脫落，最終需接受手術治療。
- (六)心律不整、急性呼吸衰竭、休克等，需接受藥物治療、電擊或插管急救。

五、治療可能出現之暫時或永久症狀

藥物之副作用(口乾、視力模糊、心悸、解尿困難、顯影劑過敏，整體小於 0.2%)、術中術後腹痛、咽喉或腸胃道黏膜擦傷出血。

六、不實施治療之後果及其他可能代替之方式

當醫師建議實施內視鏡逆行性膽胰道造影術暨治療術時，若不接受治療，可能造成感染，甚至敗血症；或嚴重黃疸，進而危及生命。

其他可能代替之方式有：

- (一)診斷性內視鏡逆行性膽胰道造影術可由磁振造影膽胰道攝影取代。
- (二)治療性內視鏡逆行性膽胰道造影術可由剖腹手術，或經皮穿肝膽道引流、放置支架取代。

七、治療的前、中、後注意事項

- (一)治療前依指示時間禁食，檢查前注射部分藥物會使心跳加快、眼壓上升，頭暈等，患有心臟病青光眼者，請在注射前告知。
- (二)治療中若有腹痛難忍或呼吸困難，請舉手示意檢查人員。
- (三)治療後若有何不適，如腹痛、呼吸困難、排出黑色或血便、發燒等，請告知醫師，若已出院請返回急診室處理。

八、健保給付說明

大部分健保給付，少數自費耗材由醫師說明。

※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。

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
內科部 胃腸肝膽科內視鏡逆行性膽胰道造影術
暨治療術說明書暨同意書

內視鏡逆行性膽胰道造影術暨治療術同意書

一、擬實施之治療

1. 疾病名稱：
2. 建議治療名稱：內視鏡逆行性膽胰道造影術暨治療術
3. 建議治療原因：

二、自費需求： 減痛治療 新台幣 3000 元

減痛治療說明：減痛治療並非全身麻醉，而是在內視鏡治療之前，先幫您靜脈注射止痛藥物，透過止痛藥物減少治療中的不適感。減痛治療過程中，將予以偵測血氧濃度及心跳，以確保您的安全。術後若有持續性疼痛情形，將於病房由醫師評估給予適當處置。

三、醫師之聲明

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

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 需實施處置之原因、目的 | <input type="checkbox"/> 不實施處置之可能後果 |
| <input type="checkbox"/> 治療方式與範圍 | <input type="checkbox"/> 其他可能替代之治療方式 |
| <input type="checkbox"/> 治療之風險及機率 | <input type="checkbox"/> 治療併發症及可能處理方式 |
| <input type="checkbox"/> 預期治療後可能出現之暫時或永久症狀 | |
| <input type="checkbox"/> 如另有治療相關說明資料，我並已交付病人 | |

2. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療問題，並給予答覆：

- (1) _____
- (2) _____

說明醫師： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時 分
執行醫師： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 時 分

四、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解施行這個治療的原因、目的、步驟、風險之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解治療可能預後情況和不進行治療的風險，及其他可能替代之治療方式。
3. 我瞭解在治療過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢查報告，並且在之後會謹慎依法處理。
4. 我瞭解這個治療可能是目前較適當的選擇，但無法保證一定能改善病情。
5. 針對我(病人)的情況、治療之進行、治療方式等，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 進行此治療

立同意書人： _____ 關係：病人之 _____

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。