

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

心臟內科經食道心臟超音波檢查說明書暨同意書

經食道心臟超音波檢查說明書

一、檢查的目的與效益

此項檢查經食道置放心臟超音波探頭，能夠更清楚地檢視心臟構造：評估大血管結構、心臟收縮與舒張功能、瓣膜結構或病變、或是確認心臟有無血栓或感染的贅生物。

二、檢查的方式

檢查當天，請受檢者於檢查前空腹 4 小時，先於受檢者喉部噴灑局部麻醉噴霧，執行檢查時保持左側臥的姿勢，醫師經由口腔置放心臟超音波探頭至食道，幫助醫師更清楚地檢視心臟構造，檢視心臟或瓣膜有無病變。

三、檢查的風險和機率

口腔黏膜或嘴唇出血：超音波探頭與喉部與食道黏膜摩擦微血管破裂，發生率約 10%。絕大多數出血量很輕微，一兩天內即自然恢復。若受檢者曾有食道靜脈曲張或凝血功能不全病史，不建議執行此項檢查。

嗆咳或吸入性肺炎：口咽分泌物嗆入呼吸道，亦可能因嗆咳引發支氣管收縮，意識清楚之受檢者發生率約 1%。此併發症之發生與病人是否能配合執行吞嚥動作有關，因此若意識不清或有呼吸窘迫症狀之病人，有較高之嗆入風險。

食道受傷或破裂：發生率約 0.01%。若受檢者口咽部或食道曾發生外傷，接受過手術或放射線治療，不建議接受此項檢查。

心律不整：因檢查時的不適或緊張引發心律不整，發生機率約 1%。

四、檢查的併發症及可能處理方式

嗆入或吸入性肺炎：意識清楚之受檢者發生率約 1%。若發生肺炎需要胸腔物理治療或使用抗生素治療，嚴重感染可能併發呼吸衰竭必須進行氣管插管及呼吸器治療，若有合併敗血症可能有生命危險，這些嚴重的併發症極為罕見。

食道受傷或破裂：發生率約 0.01%，此併發症有極高風險合併胸部縱膈腔感染，需會診胸腔外科醫師評估是否須執行食道修補或清創手術。

五、檢查可能出現之暫時或永久症狀

執行檢查前會使用局部麻醉噴霧以降低口咽敏感度，因超音波探頭摩擦口咽與食道，執行檢查當中，受檢者可能會有噁心反胃感。口咽部吞嚥動作會因麻醉噴霧變得較不靈活，聲音也會較為沙啞，請受檢者檢查完一小時再進食，避免嗆入。

六、不實施檢查之後果及其他可能代替之方式

經胸前心臟超音波：相較於經食道心臟超音波，經胸前心臟超音波為非侵入性檢查，沒有傷害的風險。然受限於受檢者體型、女性乳房、或先前有肺氣腫病史，其影像解析度不如經食道超音波，可能無法經由胸前超音波檢查之影像確認病因。

七、檢查的前、中、後注意事項

檢查前注意事項：操作者確認病人姓名，出生年月日，確認無誤後予以充分說明執行步驟。

檢查中注意事項：檢查過程中若受檢者出現嚴重不適症狀，立即停止檢查。

頁數 1/3

※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

心臟內科經食道心臟超音波檢查說明書暨同意書

經食道心臟超音波檢查說明書

檢查後注意事項：檢查後一小時再進食，避免因喉頭局部麻醉效力尚未消滅，吞嚥動作不靈活而噎咳；進食時，請先吃冷食或溫食，不要吃太燙的食物以減緩黏膜刺激。

八、健保給付說明

本項檢查為健保給付項目

緊急連絡/諮詢電話： 02-55702073 心臟超音波室

※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

心臟內科經食道心臟超音波檢查說明書暨同意書

經食道心臟超音波檢查同意書

一、擬實施之檢查：

1. 疾病名稱：
2. 建議檢查名稱： 經食道心臟超音波檢查
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
- 預期治療(處置/治療)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治療方式。
3. 我瞭解在檢查過程中，如果因檢查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。
5. 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、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。
- 二、見證人部分，如無見證人得免填載。