**大腸鏡、乙狀結腸鏡檢查與經大腸鏡瘜肉切除術說明書**

**這份說明書是有關您即將接受的手術或醫療處置的效益、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充分瞭解資料的內容，所以請您仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術或醫療處置有任何的疑問，請再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。**

大腸鏡檢查當日，受檢者大腸內必須是無糞便殘渣情形下，醫師才能清楚的進行診斷

及治療，故檢查前的清腸準備必須徹底，以免影響檢查結果。

**[接受麻醉內視鏡檢查者，如因清腸不徹底而影響檢查時將無法退還麻醉費，請見諒]**

**◼ 檢查前的準備**

**可食** 低渣飲食：白吐司、稀飯、麵條、肉鬆、去皮去筋之肉、魚類、蒸蛋、嫩豆腐、過濾蔬菜汁或去莖、梗、老葉之嫩葉菜(如菠菜、莧菜)、去皮去籽之瓜類(如冬瓜、大黃瓜)、白蘿蔔、胡蘿蔔、過濾果汁等。

**檢查**

**前二天**

**忌食** 糙米飯、高纖蔬菜(芹菜、竹筍)、未過濾果汁、油炸食物、含筋皮肉類、奶製品(牛奶、羊奶、奶酪、優酪乳)、葡萄汁。

**可食** 無渣的清流質飲食：去油清湯、米湯、雞精、過濾果汁、運動飲料、碳酸飲料、蜂蜜、糖水、鹽水、黑咖啡、茶等。

**檢查**

**前一天**

**忌食** 牛奶、豆漿。

**檢查當天：**

\* 糖尿病患者檢查當日請勿服用口服降血糖藥物，注射胰島素患者請減量：

中長效胰島素注射1/2-2/3劑量，避免使用短效胰島素(若有疑問請與醫師討論)。

\* 高血壓患者當日仍可服用降血壓藥物。

* 如需更改檢查日期，請於預約檢查日之前三日，電話聯絡**(02)2871-2121 ext.1300**

**聯絡時間：上午10:00-11:30，下午15:00-17:00**辦理，更改次數以一次為限。

* 麻醉內視鏡與其他內視鏡檢查，門診病人須經評估後事先由門診醫師開立，無法當日

更改或由內視鏡中心更改檢查項目。

**◼ 服用瀉藥及禁食：**詳見最後頁圖示說明**(若有灌腸器，檢查當日請記得攜帶)**

**◼ 檢查當日注意事項**

1. 攜帶物品：內視鏡檢查說明與治療同意書(閱讀及簽名)、健保卡、申請單。
2. 檢查地點：中正樓13樓 【內視鏡診斷暨治療中心】。
3. 到檢時間：門診病人請依預約檢查單上指示時間報到(接受麻醉鏡檢者，需完成麻醉咨詢並有成年家屬陪同，切勿自行開車)。
4. 為確保大腸內無糞便殘渣，檢查前護理人員會視需要幫您灌腸。
5. 若有需要將額外增加下列自費項目(檢查人員將會為您或家屬說明)：

內視鏡黏膜切除術麻醉費 (不含下消化道內視鏡麻醉費): $2,000/次

內視鏡注射針: $952-2,100/支; 內視鏡胃腸止血夾: $364/支;

內視鏡胃腸夾定位裝置:$500-550/支; 氬氣止血探頭(APC):$1,500/組

（以上收費依院內實際進價動態調整）。

**◼ 檢查後注意事項**

1. 檢查後如有腹痛、嘔吐等不適情形，請立即告知醫護人員處理。
2. 門診病人如做切片或瘜肉切除，請預約5-7天後返診追蹤 (病理報告需5個工作天)。
3. 如有接受瘜肉切除者，請注意下列事項：

* 依醫師指示可能需飲食控制及停止使用影響血液凝固的藥物數日，如抗凝血劑、抗血小板制劑、非類固醇類止痛消炎藥等。
* 一週內避免食用刺激辛辣 (如：菸，酒，濃茶，咖啡或含酒精等刺激性飲料)或不潔食物，以防止腸道過度刺激而導致切片傷口出血。
* 返家一週內勿行劇烈運動及腹部使力之運動，如騎腳踏車、打球、游泳或搬運重物。
* 若有嚴重劇烈腹痛、腹部異常脹大、發燒、解大量血便黑便情形，請迅速就醫。

1. 若接受麻醉內視鏡者：24小時內請多休息，切勿開車、操作機械、喝酒、做重大決定，以保障安全。下床需有人扶持，預防跌倒。

**◼ 下消化道內視鏡(包含切片、瘜肉切除、止血及異物取出)的醫療效益及可能發生的風險及**

**併發症:**

1. 下消化道內視鏡可檢查直腸、乙狀結腸及大腸是否有病灶，同時可執行下列進階檢查：

* 切片檢查：用來確定病灶本質。
* 瘜肉切除術：較大之瘜肉可利用內視鏡電燒切除，兼具病理化驗與治療之目的。
* 止血：如有腸內出血，可進行局部注射、熱探子電燒、止血夾等方式止血。
* 異物取出：大腸或末端迴腸異物取出。

1. 可能發生的風險及併發症：腸胃道出血(0.1-0.6%)及穿孔(0.1-0.3%)，特別是在瘜肉切除或異物取出術後 (罹患腸炎、腹部開過刀、有腸粘黏、和高齡病人為高危險群 )。若發生上述併發症，將給予內視鏡止血或抗生素等內科治療，但若病情嚴重將會診外科醫師評估手術治療。
2. 若病灶大於2公分，必須進行內視鏡黏膜切除術(EMR)，此技術之優點為可切除較大之病灶減少開刀之併發症及對生活之影響，缺點為出血及穿孔風險將增加為1-5%。

**◼ 如不接受此項檢查，請與您的醫師討論可能的替代方案**

1.下消化道攝影檢查。 2.電腦斷層檢查。

3.膠囊內視鏡檢查。 4.血管攝影(急性出血)。

5.紅血球核子攝影(慢性出血)。

6.不實施本醫療處置可能的後果 (可能無法診斷而影響處置及治療效果/可能無法獲得此

項治療術提供之低侵襲性治療方式之好處)。

**◼ 醫師補充說明：**

**大腸鏡、乙狀結腸鏡檢查與經大腸鏡瘜肉切除術同意書**

|  |
| --- |
| 病室床號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_科別\_\_\_\_\_\_\_  病歷號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-□  病人姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_性別□男□女  病人出生日期\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 |

1. 擬實施之檢查暨治療
   1. 疾病名稱：
   2. 建議檢查暨治療：大腸鏡、乙狀結腸鏡檢查與經大腸鏡瘜肉切除術
   3. 建議檢查原因：
2. 醫師聲明

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查暨治療之原因、方式與範圍、檢查暨治療之風險、檢查暨治療之併發症及可能處理方式，如另有治療相關說明資料，已交付病人參考，並對病人之問題已詳細清楚一一答覆。

醫師簽名： 日期 年 月 日 時間： 時 分

1. 病人之聲明
   1. 我已經與醫師討論過接受這個醫療處置的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。同時我已確認有無下列各項問題(有打V，沒有打X)：

□是否服用抗凝血劑，如：

□Coumadin(可邁丁) □Aspirin(阿斯匹靈，博基) □Plavix(保栓通)

□Licodin(利血達) □Pradaxa(普栓達) □Brilinta(百無凝)

□Xareto(拜瑞妥) □Pletaal(普達)

□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□至檢查當日為止，我已停止使用上述藥物\_\_\_\_\_\_\_日

□因疾病因素，我尚未停止上述藥物

□是否有下列疾病

□青光眼 □攝護腺肥大 □心臟病(含心律不整、心律調節器)

□懷孕 □結核病 □肝炎

□愛滋病 □藥物過敏 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□我已詳閱說明書並依說明書指示做檢查前準備，如禁食及清腸準備等。

1. 基於上述聲明，我已詳閱大腸鏡、乙狀結腸鏡檢查與經大腸鏡瘜肉切除術說明書的醫療效益及可能產生的併發症並同意進行此檢查，依個人意願，我選擇

□僅做檢查

□進行檢查及同時接受必要之處置及治療(包含切片檢查、瘜肉切除、止血、擴張等)

1. 若有需要，檢查醫師依臨床判斷可能使用自費耗材(如說明書所列)

□我同意依醫師臨床判斷使用自費耗材(如注射針、止血夾或氬氣止血探頭)

□我不同意使用自費耗材(醫師僅使用健保給付耗材及治療術)

立同意書人簽名： 關係：病人之 電話：

住址：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

見證人簽名： 關係：病人之 電話：

日期： 年 月 日 時間： 時 分

附註：

1. 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。
2. 見證人部分，如無見證人得免填載；但病人僅以蓋指印代替簽名，則需兩位見證人。

