

臺北榮民總醫院
內視鏡診斷暨治療中心
上消化道內視鏡檢查與治療說明書暨同意書

E (2015.2)

上消化道內視鏡檢查與治療說明書

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。

■ 上消化道內視鏡檢查之方法及目的

傳統上消化道內視鏡檢查是利用一條內視鏡管，經由口腔、喉頭，進入食道、胃，以及部分的十二指腸進行檢查，用來診斷發炎、潰瘍、出血、腫瘤等疾病，並可直接取得組織切片送病理化驗檢查，或進行癒肉切除、注射、電燒或異物取出等治療。

* 經鼻內視鏡為特殊超細之上消化道內視鏡(直徑約 5-5.5 釐米)，可經由鼻腔或口腔進入上消化道進行檢查，可減少噁心、反胃之不適感。但因此為特殊內視鏡，若您有此需求需額外自費\$800。此外，經鼻內視鏡鏡僅適用於一般診斷性內視鏡，不適用於急性出血、癒肉切除或其他特殊治療等。

■ 有以下情況的病人，可能並不適合接受上消化道內視鏡檢查(禁忌症)，請與您的醫師討論檢查與治療之適應症與相關風險

1. 意識障礙、無法合作的病人。
2. 有無法控制的出血傾向的病人。
3. 有心肌缺氧或剛發生過心肌梗塞的病人。
4. 最近四小時內曾經進食的病人。

■ 檢查與治療前的準備

1. 空腹準備：

() 上午檢查：檢查前一日晚上 12 點後禁食(包含任何飲料或飲水)。

() 下午檢查：檢查日早上 6 點後禁食(包含任何飲料或飲水)。

* 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。

2. 如需更改檢查日期，請於預約檢查日之前三日，電話聯絡檢查單位(02-7735-1300)，**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。

3. 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。

■ 檢查與治療當日注意事項

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，需完成麻醉諮詢並有成年家屬陪同，切勿自行開車)。

4. 有活動假牙須先取下並排空膀胱。

5. 檢查前可能使用的藥物：

● 平滑肌鬆弛劑(Butylscopolamine 注射)：減少胃腸道收縮，使檢查過程順利。

● 消脹氣藥物(Gascon 滴劑)：減輕腹脹情形，讓您檢查過程較順利。

● 喉嚨噴灑局部麻醉劑(xylocaine)：減少管子置入時的不適感，請含住 1~2 分鐘。

臺北榮民總醫院
內視鏡診斷暨治療中心
上消化道內視鏡檢查與治療說明書暨同意書

E (2015.2)

上消化道內視鏡檢查與治療同意書

病室床號_____ / _____科別_____
病歷號_____ - <input type="checkbox"/>
病人姓名_____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病人出生日期_____年_____月_____日

一、 擬實施之檢查與治療

1. 疾病名稱：

2. 建議檢查與治療：上消化道內視鏡檢查與治療

3. 建議檢查與治療原因：

二、 醫師聲明

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查與治療之原因、方式與範圍、檢查與治療之風險、檢查與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

臺北榮民總醫院
內視鏡診斷暨治療中心
上消化道內視鏡檢查與治療說明書暨同意書

E (2015.2)

三、 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。

2. 基於上述聲明，我已詳閱上消化道內視鏡檢查與治療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、瘰肉切除、止血、擴張等)

3. 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、止血夾或氫氣止血探頭)

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：

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；但病人僅以蓋指印代替簽名，則需兩位見證人。

臺北榮民總醫院
內視鏡診斷暨治療中心
上消化道內視鏡檢查與治療說明書暨同意書

E (2015.2)

上消化道內視鏡檢查與治療同意書

病室床號_____ / _____科別_____
病歷號_____ - <input type="checkbox"/>
病人姓名_____ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
病人出生日期_____年_____月_____日

一、 擬實施之檢查與治療

1. 疾病名稱：

2. 建議檢查與治療：上消化道內視鏡檢查與治療

3. 建議檢查與治療原因：

二、 醫師聲明

我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查與治療之原因、方式與範圍、檢查與治療之風險、檢查與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

臺北榮民總醫院
內視鏡診斷暨治療中心
上消化道內視鏡檢查與治療說明書暨同意書

E (2015.2)

三、 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。

2. 基於上述聲明，我已詳閱上消化道內視鏡檢查與治療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、瘰肉切除、止血、擴張等)

3. 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、止血夾或氫氣止血探頭)

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：

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；但病人僅以蓋指印代替簽名，則需兩位見證人。