

**臺北榮民總醫院**  
**Taipei Veterans General Hospital**  
**乙狀結腸纖維鏡檢查說明書暨同意書**

**乙狀結腸纖維鏡檢查說明書**

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

### 一、檢查的目的與效益

乙狀結腸纖維鏡檢查是一種兼具診斷及治療的醫學技術，  
以內視鏡方式直接觀察腸道。

### 二、檢查的方式

內視鏡經肛門進入腸道，依序觀察直腸、乙狀結腸、  
降結腸。必要時可對觀察到的病灶做處置及治療。

### 三、檢查的風險和機率

極少數患者可能會發生大腸穿孔（0.005%）或大量出血（0.001%）的併發症，發生機率隨檢查及處置內容而有所不同。

### 四、檢查的併發症及可能處理方式

有極少數患者可能會發生大腸穿孔或出血的併發症，嚴重時需住院觀察治療。出血嚴重時，可再此以大腸鏡找到出血點並予以止血及輸血治療。穿孔者可能需緊急開腹手術處理。

### 五、檢查可能出現之暫時或永久症狀

短時間內會出現腹脹、腹痛，或輕微血便。

### 六、不實施檢查之後果及其他可能代替之方式

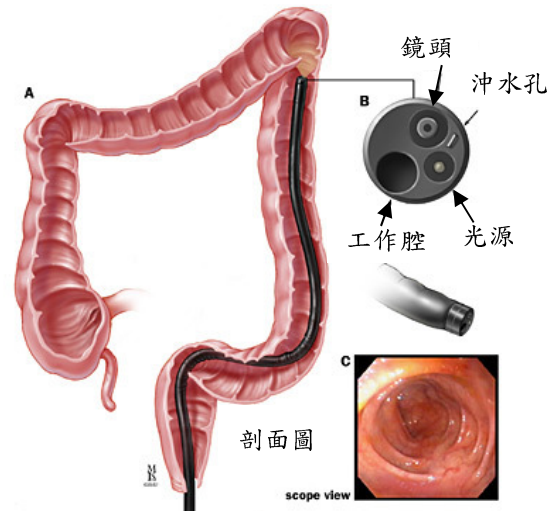
不實施檢查可能無法正確診斷。替代方式包括鉬劑顯影等影像學檢查，然而其診斷準確率皆不及大腸鏡檢查。

### 七、檢查的前、中、後注意事項

1. 檢查前請依照指示進行腸道準備。
2. 門診預約時間為報到時間。報到後仍需灌腸或作其他準備工作；有時需等待先行到檢的患者完成檢查，故實際檢查時間可能稍有延後，請耐心等待。
3. 有切除息肉或執行切片檢查，檢查後必須注意是否有血便或腹痛，情況嚴重需返回急診。

### 八、健保給付說明

乙狀結腸纖維鏡檢查，組織切片及息肉切除術等，均為健保給付項目。若有使用止血夾或一次性拋棄式組織鉗等，健保並未給付需自費使用。



諮詢電話： 1300 內視鏡中心

頁數 1/2

※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。

# 臺北榮民總醫院乙狀結腸纖維鏡檢查同意書

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

## 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：**乙狀結腸纖維鏡**
3. 建議檢查原因：

## 二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查之相關資訊，特別是下列事項：

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 需實施檢查之原因、目的         | <input type="checkbox"/> 不實施檢查之可能後果   |
| <input type="checkbox"/> 檢查方式                | <input type="checkbox"/> 其他可能替代之檢查方式  |
| <input type="checkbox"/> 檢查之風險及機率            | <input type="checkbox"/> 檢查併發症及可能處理方式 |
| <input type="checkbox"/> 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、步驟、風險之相關資訊。
  2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解不進行檢查的風險。
  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。
- 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\_\_\_\_\_

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。

# 臺北榮民總醫院乙狀結腸纖維鏡檢查同意書

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（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：**乙狀結腸纖維鏡**
3. 建議檢查原因：

## 二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查之相關資訊，特別是下列事項：

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 需實施檢查之原因、目的         | <input type="checkbox"/> 不實施檢查之可能後果   |
| <input type="checkbox"/> 檢查方式                | <input type="checkbox"/> 其他可能替代之檢查方式  |
| <input type="checkbox"/> 檢查之風險及機率            | <input type="checkbox"/> 檢查併發症及可能處理方式 |
| <input type="checkbox"/> 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、步驟、風險之相關資訊。
  2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解不進行檢查的風險。
  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。
- 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\_\_\_\_\_

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。