

病歷號：
姓 名：
生 日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院

National Taiwan University Children's Hospital

高解析度食道壓力檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 1 頁

編號：194

高解析度食道壓力檢查說明書

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份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對這個手術（或醫療處置）的任何疑問，請在簽名前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。

◎什麼是食道壓力檢查？

高解析度食道壓力檢查(High-resolution esophageal manometry)是一種新型的食道功能檢查工具。它是一個具有多個感應器之細長導管，具有偵測食道壓力的功能，可正確診斷傳統內視鏡檢查無法診斷之食道蠕動疾病。對於食道蠕動功能異常之診斷及治療後評估都有其重要的地位。

◎哪些情況不適合做食道壓力檢查？

1. 鼻腔或食道急性發炎、受傷、阻塞或狹窄的情形。
2. 造成食道狹窄或阻塞之良性食道疾病或惡性食道腫瘤。
3. 食道破裂、食道出血。
4. 嚴重食道靜脈曲張者及凝血功能異常者。
5. 容易發生反射性昏厥者。
6. 重大器官功能障礙，例如心臟、肺臟疾病、病情不穩定者。

◎受檢者要做什麼準備？

1. 檢查前請至少禁食 8 小時。
2. 檢查前是否停用藥物，依病情而定，請依照醫師指示。

*報到時間：請依醫師約診時間報到。

*檢查地點：兒童醫療大樓三樓內視鏡室。

*請依照醫師約定時間攜帶檢查通知單、健保卡及同意書(填妥並簽名)到檢查地點辦理報到候檢。未滿 18 歲之患者需有家長陪，檢查同意書也必須有家長或法定代理人之同意及簽名才可。

*如有疑問或需改日期，請於預約檢查日之前三日(不含例假日)，電話連絡檢查單位 (02)-23123456，分機：270351 辦理。

◎檢查後注意事項：

檢查後由醫師約診於門診說明檢查結果。

病歷號：
姓 名：
生 日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院

National Taiwan University Children's Hospital

高解析度食道壓力檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

(高解析度食道壓力檢查說明書承上頁)

適應症及作法：(簡述)

適應症：

1. 食道非阻塞性的吞嚥障礙。
2. 食道蠕動功能異常。
3. 非心臟疾病之胃食道逆流症狀(胸痛、胸口灼熱、喉嚨異物感或沙啞)，經藥物治療至少八周以上反應不佳者。
4. 食道手術前、後功能的評估。
5. 胃食道逆流疾病病人接受外科逆流手術治療前後之評估與追蹤。

作法：

醫師會先利用一個具有多個感應器之細長導管，由鼻腔伸入食道，量測上、下食道括約肌的位置與壓力，配合吞嚥十到二十次生理食鹽水以記錄食道蠕動的壓力變化。

效益：

1. 藉由此檢查協助正確診斷與幫助治療。

2. 醫療處置成功率：

除了少數人因無法配合檢查或特殊解剖學異常而無法完成外，檢查完成率幾乎百分之百。

風險：

一般來說相當安全，少有併發症發生，至多為鼻咽部輕微疼痛，當導管移除後，疼痛感立即減輕或消除。其他極為少見的可能併發症包括：鼻黏膜出血、反射性昏厥等，當出現上述狀況而導致身體不適時，宜迅速就醫治療。

替代方案：

醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

說明醫師：

(簽章)

日期： 西元

年

月

日 時間：

時

分

病歷號：
姓 名：
生 日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院

National Taiwan University Children's Hospital

高解析度食道壓力檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 3 頁

高解析度食道壓力檢查同意書

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，需接受高解析度食道壓力檢查。立同意書人已經與醫師討論過接受這個手術或醫療處置的效益、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。

立同意書人：

(簽章) 身分證字號：

與病人之關係（請圈選）：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____

住址：

電話：

日期： 西元 年 月 日 時間： 時 分

(1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由 2 名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)

見證人 1：

(簽章) 見證人 2：

(簽章)

見證人 1 身分證字號：

見證人 2 身分證字號：

日期： 西元 年 月 日 時間： 時 分

高解析度食道壓力檢查地點簡要圖示

檢查地點	兒醫大樓三樓內視鏡室	聯絡電話	23123456 轉 270351
------	------------	------	-------------------

← 台大醫院西址中央走廊 →

三樓門診地圖



兒童醫療大樓三樓平面圖