

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  
National Taiwan University Hospital  
**麻醉胃鏡說明暨同意書**

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：173

**【同意書未完成填寫，無法執行內視鏡檢查】**

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。

**手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)**

麻醉胃鏡為在受檢者在藥物意識麻醉下進行之上消化道內視鏡檢查。

1. 檢查範圍：此處所指上消化道概括食道、胃、以及十二指腸等部位。
2. 檢查目的：舉凡於上消化道中懷疑有病灶存在時均為本檢查之目的。

**一、檢查前注意事項：**

1. 停、用藥指示：(未依醫師指示進行停、用藥，可能無法執行檢查。)

(1) **【降血糖藥物或注射胰島素(糖尿病)】**：檢查當日請停藥。

(2) **【空腹時間】及【降血壓藥物(高血壓)及其他必要之藥物】**：

※上午檢查：檢查前一日晚上 12 點後禁食及禁喝水(包含嚼食口香糖)。降血壓藥物(高血壓)及其他必要之藥物，檢查當日早上 5 點前服用。

※下午檢查：檢查當日早上 5 點後禁食及禁喝水(包含嚼食口香糖)。降血壓藥物(高血壓)及其他必要之藥物，檢查當日早上 9 點前服用。

※若同時有安排麻醉大腸鏡檢查，請依照麻醉大腸鏡檢查說明書準備。

(3) **【抗凝血、抗血小板藥物及其他停、用藥指示】**：請依醫師指示，進行停、用藥準備，詳見後頁(開單醫師評估)說明。

2. 檢查日依預約單排定日期，逾期作廢。為避免醫療資源浪費，若更改日期(限一次)或取消檢查，最晚請於 3 個工作日前來電辦理(內視鏡室專線 02-23562590)，以免留下爽約記錄。(本檢查室並無候補機制；如有提前檢查需求，請回門診與醫師討論。)

3. 如遇人事行政局公佈台北市停止上班(如颱風假)，則當日檢查暫停。煩請當日受檢者，於一個月內來電(內視鏡室專線 02-23562590)，重新預約檢查日期。

**二、檢查當日注意事項：**

1. 攜帶物品：預約單、健保卡、同意書，到院後請先至簽署站完成同意書簽署。

2. 穿著衣物：請穿寬鬆衣物(二件式方便更衣，勿穿著連身洋裝及緊身衣褲)，以便手臂打針及避免增加檢查後腹脹之不適；勿穿高跟鞋。

3. 到診時間：門診病人請依預約單建議時間抵達。住院、急診病人請等候護理站通知。

4. 特殊注意事項：

(1) 請卸除口紅、指甲油(含光療指甲、水晶指甲等)及隱形眼鏡。

(2) 麻醉內視鏡須有成年(滿 18 歲)且可照顧您的親友陪同，若無親友須改期再做。

(3) 此檢查為麻醉胃鏡檢查，若更改為一般胃鏡檢查，將調整至該診最後一位執行。

病歷號：  
姓 名：  
生 日：西元 年 月 日

(麻醉胃鏡說明書承上頁)

三、檢查時請依從護理人員指示，使用之藥物包括：

1. 噴於舌根的局部麻醉劑(Xylocaine)以及口服消泡劑(simethicone)：少數病人可能會有暫時不適(如頭暈、噁心等)，若感覺咽喉不麻請告知護理師。
2. 注射藥物 Buscopan：為減緩腸胃蠕動以利檢查進行用，少數病人可能會有口乾、視力模糊等暫時性不適。若有青光眼或攝護腺肥大，可能會造成眼壓過高、排尿困難，檢查前請告知醫護人員。

四、檢查後注意事項：

1. 為避免噎到，檢查結束後請遵照醫囑指示再開始進食。
2. 檢查報告於檢查後自行掛號門診；如有切片、息肉切除等處置，請約一星期後門診。

**接受此手術/醫療處置之效益：**

1. 生檢：即所謂切片檢查，以確診病灶本質。這是利用一細長金屬鉗子透過內視鏡取出少量的組織，受檢者並不會有感覺。可能發生之併發症為出血或穿孔，發生率約 0.05-0.1%。
2. 息肉切除術或黏膜切除術：較大之息肉或黏膜病灶可利用內視鏡電燒切除，兼具檢查與治療之目的。主要之併發症亦為出血或穿孔，發生率約為 0.05-0.2%。
3. 止血：遇有出血源時，可利用局部注射、熱探子電燒、氫氣電漿凝固術、靜脈瘤結紮術或止血夾進行止血。主要之併發症為穿孔。
4. 病灶部位標記：藉由內視鏡輔助下，使用內視鏡注射針注射記號液於腸胃道病灶附近進行標記，以利後續病灶追蹤或外科手術定位。可能之併發症為感染、腹痛，發生率約為 0.2%-0.4%。
5. 手術/醫療處置成功率：除因無法忍受、解剖學異常、準備不完全(食物未排空)或術中生命徵象變化(意識、心跳、血壓)無法完成外，幾乎成功率百分之百。如無法完成時，宜安排另外的檢查。

**手術/醫療處置風險：**

麻醉胃鏡比一般胃鏡危險性高，麻醉風險由麻醉科醫師另行說明。少數會引起如喉嚨損傷、噎到、呼吸困難、吸入性肺炎、心律不整、出血或穿孔等情況。

**替代方案：**

1. 上消化道攝影
2. 電腦斷層
3. 血管攝影(急性出血時)
4. 紅血球核子攝影(慢性出血時)
5. 不實施醫療處置可能的後果
  - (1)可能無法準確診斷而影響處置及治療結果。
  - (2)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。

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

National Taiwan University Hospital

## 麻醉胃鏡說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 3 頁

開單醫師評估：

過去重要病史及評估：若有愛滋病或其他傳染病等，請主動告知門診醫師。

心臟病(含心律不整)

裝有心律調節器

裝有心臟支架

正在服用抗凝血或抗血小板藥物：

(藥名：Plavix 保栓通、Efient 抑凝安、Brilinta 百無凝、Lixiana 里先安、

Pradaxa 普栓達、Eliquis 艾必克凝、Cofarin 可化凝、Xarelto 拜瑞妥、

或：

停藥(含檢查當日)，共 日。(停藥須經醫師評估)

因病情因素，不停藥。

糖尿病(降血糖藥物或注射胰島素，檢查當日請停藥。)

高血壓(降血壓藥物，依醫師指示時間用藥。)

氣喘(請攜帶氣喘用藥)

肺結核

肝病(含肝炎及肝硬化)

罕見疾病或特殊疾病

懷孕中

青光眼\*(檢查時使用之藥物，可能會造成眼壓過高，檢查前請告知醫護人員)

攝護腺肥大\*(檢查時使用之藥物，可能會造成排尿困難，檢查前請告知醫護人員)

其他疾病：

藥物過敏，藥名：

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

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

National Taiwan University Hospital

## 麻醉胃鏡說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 4 頁

### 麻醉胃鏡同意書

病人：\_\_\_\_\_，出生於西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，須接受麻醉胃鏡。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。

是否同意由檢查醫師，進行檢查及必要之處置及治療(如切片檢查、息肉切除、止血等)。

- 同意  
 不同意

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

(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。)

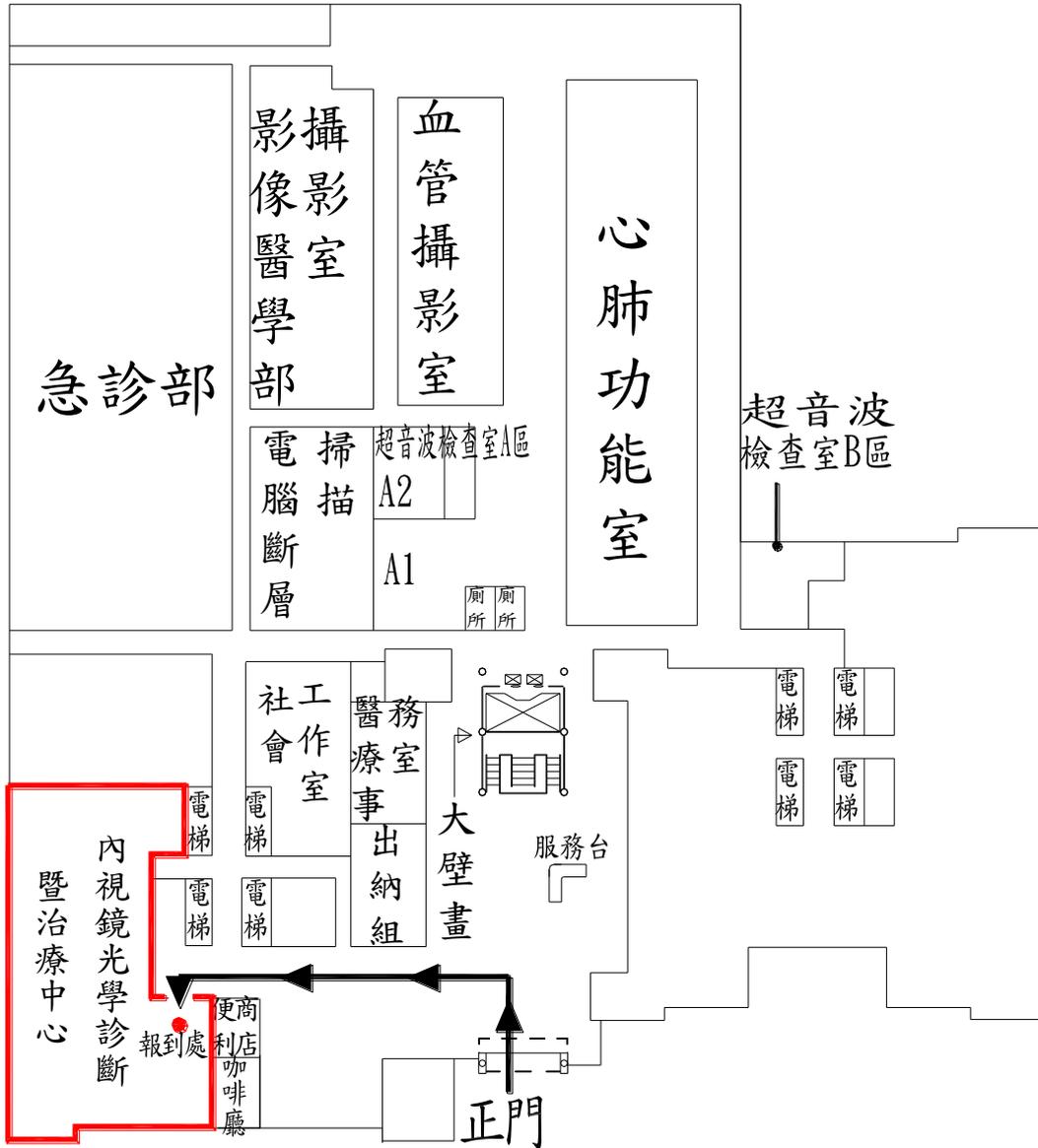
見證人 1：\_\_\_\_\_ (簽章) 見證人 2：\_\_\_\_\_ (簽章)

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

## 麻醉胃鏡檢查地點簡要圖示(內視鏡室)

檢 查 地 點	新院區(東址 北棟 一樓) 內視鏡光學診斷暨治療中心	聯 絡 電 話	02-23562590
------------	-------------------------------	------------	-------------



資 料 來 源 綜 合 診 療 部	繪 圖 工 務 室	說 明 書 修 訂 日 期 98 年 12 月 20 日
----------------------	--------------	---------------------------------

## 重度鎮靜麻醉說明暨自費說明同意書

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

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：(245)

## 重度鎮靜麻醉說明暨自費說明書

這份說明書是有關您即將接受內視鏡檢查鎮靜麻醉的效益、風險及替代方案的書面說明，也是您與麻醉科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；如果您對這個醫療處置的任何疑問，請在簽名前與您的麻醉醫師充分討論，麻醉醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

**鎮靜麻醉之醫療處置：適應症/作法（簡述）**

1. 在檢查及治療時由靜脈注射或其他途徑給予鎮靜麻醉藥物，本院由麻醉醫師執行重度鎮靜麻醉。
2. 在麻醉、檢查或醫療處置期間如有特殊或緊急情況，可能必須施行氣管內管置入及動脈導管置入等侵入性處置。
3. 目前全民健保並不給付您的內視鏡檢查處置或其他介入性診斷治療之鎮靜麻醉費用，您必須自費支付，費用內含鎮靜麻醉用藥及技術費。依照本院規定，自費項目如下表：

選項	項目名稱	自費費用	檢查/治療內容
	內視鏡檢麻醉(胃鏡或大腸鏡)	NT4,000	內視鏡檢查(胃鏡或大腸鏡)，小於等於1小時。(註1)
	內視鏡檢麻醉(胃鏡及大腸鏡)	NT6,000	內視鏡檢查(胃鏡及大腸鏡)，小於等於1小時。(註1)
	進階內視鏡之診斷治療或異物摘除/介入性診斷治療(1小時內)	NT7,500	進階腸胃內視鏡處置(註2)，或其他介入性檢查/處置/手術(註2)。小於等於1小時，且未使用麻醉機。
	複雜內視鏡之診斷治療或異物摘除/介入性診斷治療(1小時內)	NT10,000	進階腸胃內視鏡處置(註2)，或其他介入性檢查/處置/手術(註2)。小於等於1小時，並使用麻醉機。
	鎮靜麻醉加成時間計費(1-2小時)	NT3,000/30分	超過1小時，每30分鐘計算一次並可累計，未滿30分鐘以30分鐘計算。超時計價費率請參考表單。
	鎮靜麻醉加成時間計費(2-4小時)	NT1,745/30分	
	鎮靜麻醉加成時間計費(4小時以上)	NT2,182/30分	
	小兒鎮靜麻醉加成費	NT5,000	未滿12足歲病人，單次加成且不累計。
註1	含腸胃內視鏡下止血、息肉切除、黏膜切除、異物取出、鼻胃管/鼻腸管置入、內視鏡超音波檢查、內視鏡食道靜脈瘤結紮術、內視鏡射頻消融術、經皮內視鏡胃造瘻術(非初次)、小腸鏡檢查(單純)。		
註2	進階腸胃內視鏡處置包括：逆行性膽胰管造影術、內視鏡膽管引流、膽胰管內視鏡、內視鏡超音波導引穿刺/切片、膽胰管造影/內視鏡超音波導引射頻消融術、內視鏡冷凍治療、內視鏡黏膜下層剝離術、內視鏡肌肉/括約肌切開術、內視鏡狹窄/括約肌氣球成形術、內視鏡腸胃道/膽胰支架吻合術、經皮內視鏡胃造瘻術(初次)、小腸鏡檢查(複雜)。其他介入性檢查/處置/手術包括：支氣管鏡檢查/診斷性肺泡灌洗、支氣管鏡超音波檢查、支氣管鏡超音波導引穿刺/切片、成人影核醫進階檢查處置(如射頻灼燒術等)、成人放射腫瘤治療、牙科手術處置。		

**鎮靜麻醉之效益：**(您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您獲得任何一項；且鎮靜麻醉效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

免除或減輕因檢查或醫療處置所致之不適及疼痛。

**鎮靜麻醉可能之風險：**(沒有任何醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但仍可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

1. 對於有或潛在性心臟血管系統疾病之病人，於檢查中或鎮靜麻醉後較易引發急性心肌梗塞。
2. 對於有或潛在性心臟血管系統或腦血管系統疾病之病人，於檢查中或鎮靜麻醉後較易發生腦中風。
3. 緊急之檢查治療，或隱瞞進食，或因腹內壓高(如腸阻塞、懷孕等)之病人，於執行鎮靜麻醉時有可能導致嘔吐，因而造成吸入性肺炎。
4. 對於有上呼吸道感染或慢性肺疾(如氣喘、慢性氣管炎、肺氣腫等)之病人，於檢查中或鎮靜麻醉後較易發生急性發作。
5. 對於特異體質之病人，藥物可能引發惡性高熱(這是一種潛在遺傳疾病，現代醫學尚無適當之前試驗)，或其它過敏突發性反應如蕁麻疹、支氣管痙攣、注射部位紅腫、甚至過敏休克。
6. 使用的藥物可能引發副作用，如呼吸抑制、低血壓、眩暈、噁心、心悸、頭痛等。

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

## 重度鎮靜麻醉說明暨自費說明同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

(重度鎮靜麻醉說明暨自費說明書承上頁)

7. 在執行鎮靜麻醉醫療處置時，可能會發生不可抗拒之傷害，如口鼻黏膜受損流血、牙齒受損或掉落、皮膚過敏或受損、流鼻水等。
8. 其它偶發之病變。

**替代方案：**(重度鎮靜麻醉的替代方案及不施行的可能風險如下。如果您決定不施行重度鎮靜麻醉，請與醫師討論您的決定。)

不施行重度鎮靜麻醉，您仍可以局部麻醉或輕度鎮靜止痛來接受手術或醫療檢查處置。但可能因無法忍受手術或檢查處置所致之不適及疼痛，而影響醫療處置進行。

**醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：**(醫師已完成您這次手術或醫療處置的鎮靜麻醉評估，並解釋相關步驟副作用及風險。此份資料給您參考，如有問題請詢問醫師說明。)

## 重度鎮靜麻醉建議事項說明

- 為了維護您的安全，接受重度鎮靜麻醉應有成年家人或親友陪同。
- 檢查後因鎮靜麻醉藥物作用會有頭暈現象，不宜自行開車或騎機車回家，當天不宜進行需操作機械之工作。

說明醫師：

(簽章)

日期：西元

年 月 日

時間： 時 分

## 重度鎮靜麻醉同意暨自費同意書

病人：\_\_\_\_\_，出生於西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，因施行\_\_\_\_\_，需接受**重度鎮靜麻醉處置**。立同意書人已經與麻醉醫師討論過接受重度鎮靜麻醉的效益、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鎮靜麻醉，並且保有此資料副本一份。

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，醫療緊急情況得由二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

# 無痛內視鏡-胃鏡及大腸鏡 鎮靜麻醉注意事項

## 麻醉前評估

- 一、為確保麻醉安全，請您詳閱麻醉同意書及本注意事項，麻醉部醫師或護理師將會評估您的疾病史、您的用藥與過敏狀況，請務必告知醫護人員，以降低您的麻醉風險，若您的情況經評估需要進一步麻醉照護，或不適合接受麻醉檢查，麻醉醫師會再與您討論麻醉與否的適當性。
- 二、檢查當天：請成年的家屬陪同到院。
- 三、檢查當天：請勿化妝，以免影響膚色之觀察。請卸除指甲油（包含光療指甲及水晶指甲），以免影響麻醉中血氧監測判讀。如您不能配合，可能無法為您進行麻醉。
- 四、檢查前請取下身上所有用物，包括活動假牙、隱形眼鏡、金錢、戒指、耳環及髮飾等。
- 五、進行麻醉前需禁食6~8小時，任何食物及飲料都不可以飲用(包括：香煙、檳榔、口香糖等)。

## 準備過程

會先由檢查室護理師帶入準備區再次確認資料及視需要更換檢查褲，再施打靜脈留置針，等進入檢查室後會給您氧氣，並使用生理監視器嚴密監測您的生命徵象。

## 檢查結束後

您將會被送至恢復室，並持續使用生理監視器監測生命徵象，約30-60分鐘後即可恢復。

## 注意事項

- 一、於麻醉恢復過程中，偶有眩暈、噁心、嘔吐、疲倦等情形，宜臥床休息，症狀會隨麻醉藥物代謝後改善。
- 二、麻醉檢查後仍會自覺倦怠、想睡覺、精神不集中等情況，請勿自行開車回家，需由家人或朋友陪同返家。
- 三、手術後當天返家**24小時內**請勿從事危險或精細工作(如開車、騎車、飲酒、自行搭車或操作機械性等危險工作...等)宜多休息，以防意外發生，於隔日即可正常作息。
- 四、請配合閱讀相關內視鏡檢查衛教單張及注意事項。
- 五、飲水進食：由檢查室護理師衛教內容執行。
- 六、目前全民健保並不給付內視鏡及介入性診斷治療之鎮靜麻醉費用，需自行付費，於檢查後繳費。如果您對自費內容有疑義可詢問麻醉專科護理師。
- 七、如果檢查後出現不適情況，如出現持續性胸痛、腹痛、腹脹、血便、黑便、發燒超過38°C、頭暈、心悸、呼吸困難的症狀，請立即至本院急診就醫。切勿延遲就醫，以免延誤病情。