

病歷號：
姓名：
生日：西元 年 月 日

編號：251

軟式食道鏡 (內視鏡室)說明書

【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。

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 點後禁食及喝水(包含嚼食口香糖或酸梅)。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。

2. 其他注意事項：為避免醫療資源浪費，若更改日期或取消檢查，請儘早來電內視鏡室辦理(內視鏡室專線 02-23562590)，以免留下爽約記錄。

(1) 檢查單效期：依預約單排定日期，逾期作廢。

(2) 更改日期：限一次，最晚請於檢查前 3 個工作日來電更改。(本檢查室並無候補及提前的名額；若有此需求，請回門診與醫師討論。)

(3) 取消檢查：須打電話至內視鏡室取消。(未提供網路取消)

3. 備註：「門診」病人由門診醫師進行評估；若「住院」或「急診」病人，由住院或急診醫師進行評估。

二、檢查當日注意事項：

1. 攜帶物品：預約單、健保卡、同意書(1-3 頁)，請於來院前詳閱並填妥。

2. 穿著衣物：請穿寬鬆衣物，以便手臂打針。

3. 到診時間：門診病人請依預約單上指示時間抵達。住院、急診病人請等候電話通知。

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)。

(2) 若有行動不便、容易緊張、溝通困難、身體虛弱、受檢者未成年(未滿 18 歲)等情況，須有成年(滿 18 歲)且可照顧您的家屬陪同。

三、檢查時請依從護理人員指示，使用之藥物包括：

1. 含於口中：局部麻醉劑(Xylocaine)以及口服消泡劑(simethicone)，少數病人可能會有時不適(如頭暈、噁心等)。

2. 塞於鼻腔：鼻腔麻醉棉片填塞(Xylocaine+epinephrine)，為局部麻醉用，以減輕檢查時之不適感。

病歷號：
姓 名：
生 日：西元 年 月 日

(軟式食道鏡 (內視鏡室)說明書承上頁)

四、檢查後注意事項：

- 1.若無不適，即可離去。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。

手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

1. 檢查範圍：一口咽部、喉部、下咽部及食道。
2. 檢查目的—舉凡於上述部位中懷疑有病灶存在時均為本檢查之目的。

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，大多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. 手術/醫療處置成功率：除少數人因無法忍受、特殊解剖學異常、準備不完全(胃中有食物)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：

一般而言，軟式食道鏡是相當安全的檢查，但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。不過機率均少於 0.5%，如能配合醫護人員的指示，通常並不會發生，並可立即處理。

替代方案：

1. 上消化道攝影。
2. 電腦斷層。
3. 不實施此項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。

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：

病歷號：
姓 名：
生 日：西元 年 月 日

(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

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：

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

軟式食道鏡同意書(內視鏡室)

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，須接受軟式食道鏡。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

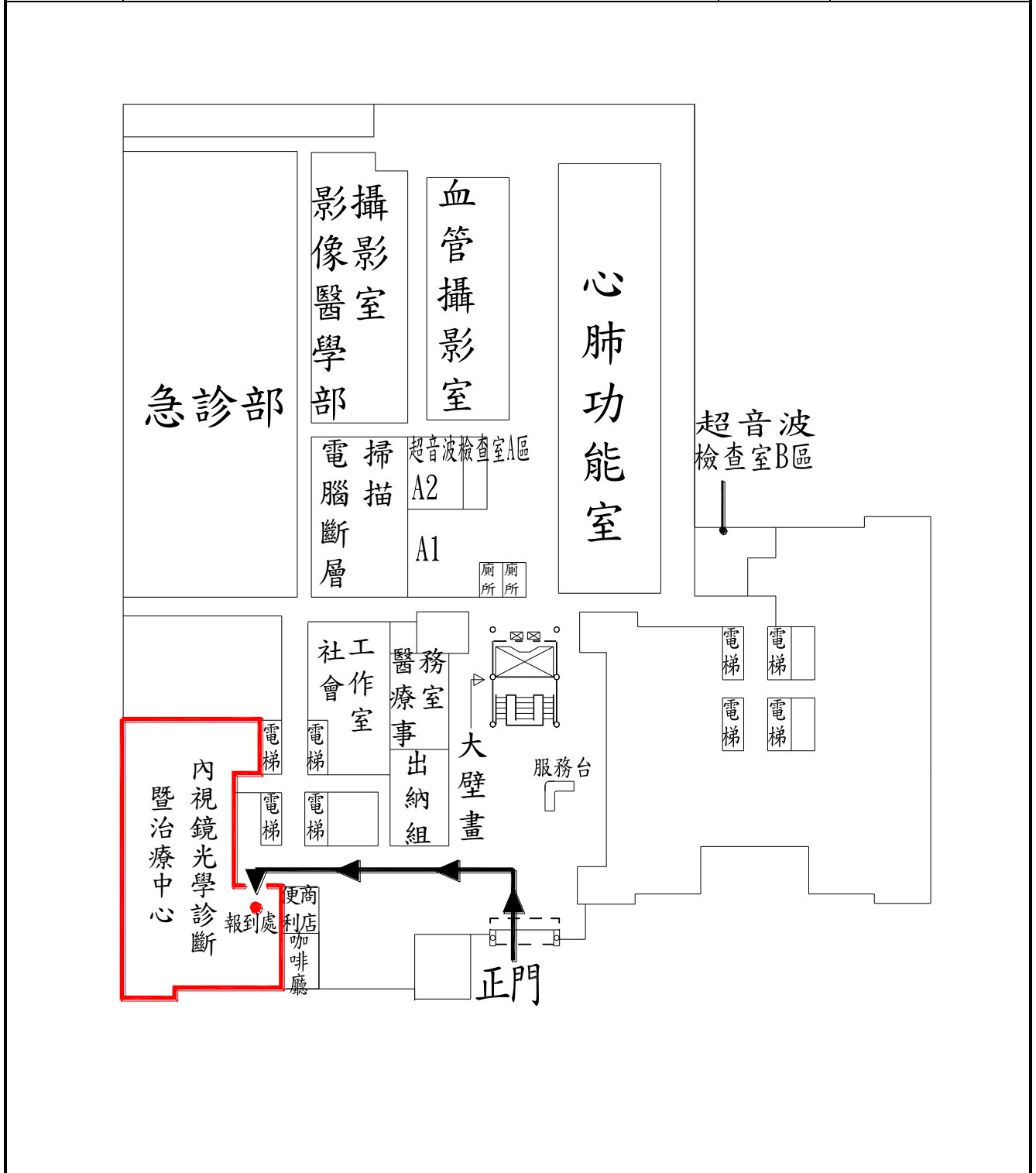
(1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由 2 名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)

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

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 2016年10月21日
---------------	-----------	------------------------