

病歷號：  
姓 名：  
生 日：西元 年 月 日

## 【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分瞭解資料的內容，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、門診評估(若有下述情形未確認時，請再回門診與醫師討論)：

1. 過去重要病史及評估：無、有(請填寫下列選項)；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(請詳填下方第 2-1 點)
  - 糖尿病(請詳填下方第 2-2 點) 高血壓(請詳填下方第 2-3 點)
  - 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\*、攝護腺肥大\*(檢查時使用之藥物，可能會造成眼壓過高、排尿困難檢查前請告知醫護人員)
  - 其他疾病\_\_\_\_\_ 藥物過敏，藥名：\_\_\_\_\_
2. 停、用藥指示及空腹時間：(若未依指示進行停、用藥，可能造成檢查無法執行。)
  - (1)【抗凝血或抗血小板藥物】：無、有服用，(藥名： Aspirin 阿斯匹林、 Plavix 保栓通、 Coumadin 可邁丁、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。
  - (2)【降血糖藥物或注射胰島素(糖尿病)】：無、有服用，**檢查當日請停藥。**
  - (3)【空腹時間】及【降血壓藥物(高血壓)及其他必要之藥物】：若同時做麻醉大腸鏡檢查，請依照麻醉大腸鏡檢查說明書準備。
    - 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。
    - 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 9 點前服用。
3. 其他注意事項：為避免醫療資源浪費，更改日期或取消檢查，請儘早來電內視鏡室辦理(內視鏡室 05-5323911 斗六分機2200、虎尾分機8278)，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)
  - (4)此檢查為一般胃鏡檢查，若要更改為麻醉胃鏡檢查，需重新掛號，由門診醫師再行評估安排。
4. 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。

病歷號：  
姓 名：  
生 日：西元 年 月 日

## 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20歲)等情況，須有成年(滿20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. 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. 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。

## 五、手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

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。

## 六、手術/醫療處置效益：(經由手術或醫療處置，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；且手術或醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

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組織，通常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(糞便未排空)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。

病歷號：  
姓 名：  
生 日：西元 年 月 日

## 胃鏡檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第3頁

七、手術/醫療處置風險：（沒有任何手術或醫療處置是完全沒有風險的，上述及以下所列的風險和併發症已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。）

一般而言胃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。

八、替代方案：（這個手術或醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個手術或醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。）

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。

九、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

## 胃鏡檢查同意書

### 【同意書未完成填寫，無法執行內視鏡檢查】

病人：\_\_\_\_\_，出生於西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，因患\_\_\_\_\_，須接受胃鏡檢查。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。（下列二選項，請擇一勾選。）

1. 僅做檢查(若須進行處置及治療，另行與門診醫師討論後再安排)。
2. 由檢查醫師判斷，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)。

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