

病歷號：

姓名：

生日：西元 年 月 日

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、檢查前注意事項

- (1) 如有服用抗凝血藥物、懷孕、藥物過敏、心臟病、高血壓、特異體質、結核病、肝病、肝炎、愛滋病或其它傳染病，請主動告訴門診醫師。
- (2) 有無過去重要病史：過去無重大疾病、青光眼、攝護腺肥大  
或藥物過敏，藥名：\_\_\_\_\_
- 或心臟病(含心律不整)、人工瓣膜、人工血管、人工心律調節器
- 或其他疾病：請註明 \_\_\_\_\_
- 或使用特殊藥物：如抗凝血劑、Aspirin等
- (3) 檢查前準備請依從護理人員指示，使用之藥物包括：
  - 含於口中：局部麻醉劑(xylocaine)以及口服消泡劑(simethicone)，少數病人可能會有暫時不適(如頭暈、噁心等)。
  - 注射藥物(butylscopolamine)為減緩腸胃蠕動以利檢查進行用，若有青光眼，攝護腺肥大者請告訴醫護人員。此外，有些病人會有口乾、視力模糊等暫時性不適。

### ※一般注意事項：

- \*到檢時間：門診病人依預約檢查通知單上指示時間抵達。住院、急診病人請等候電話通知。
- \*請攜帶預約檢查通知單(即電腦結帳單)、健保卡及同意書(填妥及簽名)辦理。
- \*如有疑問或需改日期，請於預約檢查日之前三日，電話連絡檢查單位(05-5323911轉2200)辦理，更改次數以一次為限。

### ※特殊注意事項：

檢查前注意事項：

- 1.上午檢查者：檢查前一日晚上12點以後禁食一切食物及水，糖尿病患者請勿服用降血糖藥物或注射胰島素。
- 2.下午檢查者：檢查當日早上5點以後禁食一切食物及水，糖尿病患者請勿服用降血糖藥物或注射胰島素。其他必要之藥物請提前至早上5點前服用。
- 3.請穿寬鬆衣服，以便手臂打針。
- 4.塗口紅、指甲油者，請擦拭乾淨。

### 二、檢查後注意事項：

- 1.請先在內視鏡室休息三十分鐘以上，有家屬陪伴，若無不適，向醫護人員告知後即可離去。
- 2.為避免噎到，檢查結束後一小時內禁止喝水或禁用食物，並請遵照醫囑指示再開始進食。
- 3.檢查後可自行約掛號門診查看檢查結果，如作切片檢查請於一星期後回門診查看報告。

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雲林分院  
National Taiwan University Hospital Yunlin Branch  
**上消化道內視鏡超音波說明暨同意書**

第 2 頁

(上消化道內視鏡超音波說明書承上頁)

四、手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

1. 檢查範圍—照會病灶包括食道、胃、十二指腸、十二指腸乳頭、膽胰系統、脾、左腎上腺縱隔腔、淋巴結及大腸病灶。
2. 檢查目的一釐清病灶所屬之器官來源及可能之診斷。

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

檢查中之處置及治療—

- (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) 內視鏡超音波指引細針抽吸術：不易由切片檢查得到細胞組織之病灶，或腸胃道周邊之器官病灶如膽胰系統、脾、左腎上腺縱隔腔、淋巴結等，可利用內視鏡超音波成像指引下，利用一支細鐵針穿刺入病灶，進行組織之抽吸，以安全獲得細胞，進行診斷。主要之併發症為出血及穿孔，發生率極低。

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，以下所列的風險已被認定，但是仍然可能有一些醫師無法預期的風險未列出。)

檢查可能發生之併發症：一般而言，內視鏡超音波是相當安全的檢查，但少數會引起如喉嚨損傷、噎到、呼吸困難或吸入性肺炎，心律不整，或穿孔等等，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。若有心肺疾病，請先告知醫護人員。

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. 電腦斷層
2. 核磁共振
3. 逆行性膽胰管造影術
4. 細針抽吸可由經皮超音波或電腦斷層指引抽吸術替代。
5. 不實施醫療處置可能的後果

\*可能無法準確診斷而影響處置及治療結果。

\*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。

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

西元 2011 年 02 月 15 日病歷委員會審核通過 MR05-87  
西元 2018 年 05 月 02 日病歷委員會修訂通過 MR05-87

文件編號	0310-4-072	版次	03
------	------------	----	----

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雲林分院  
National Taiwan University Hospital Yunlin Branch  
**上消化道內視鏡超音波說明暨同意書**

第 3 頁

**上消化道內視鏡超音波同意書**

病人：\_\_\_\_\_，病歷號碼\_\_\_\_\_，出生於西元 年 月 日，  
因患\_\_\_\_\_，需接受內視鏡超音波。本人(或家屬)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，本人對醫師的說明都已充分了解。

1. 僅做檢查 簽章：

2. 進行檢查及必要之處置及治療(包含切片檢查，息肉切除、止血等) 簽章：

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 時 分