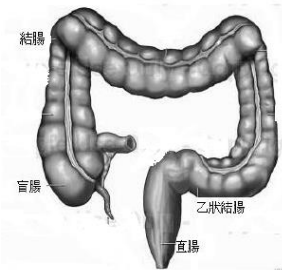


佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

下消化道內視鏡(大腸鏡、乙狀結腸鏡)檢查說明暨同意書

病歷號：_____ 姓名：_____ 生日：民國_____ 床號：_____

有關您即將接受的手術(或醫療處置)的效益、手術的方式、內容、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對這個手術(或醫療處置)仍有疑問，請您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、擬實施之檢查/治療：下消化道內視鏡檢查(大腸鏡、乙狀結腸鏡)

(一)執行步驟與過程：

1. 檢查說明：

(1)檢查範圍—下消化道概指大腸而言，其內視鏡檢查分為兩類：

- ①乙狀結腸鏡：由肛門至乙狀結腸為止，大約 60 公分長度為主要檢查範圍。
- ②大腸鏡：全段大腸由肛門口至盲腸均包括在檢查範圍之內。

(2)檢查目的—在發現大腸內可能的病灶或出血源，以便進一步處置或治療等。

2. 檢查前準備：

(1)檢查前注意事項：

- ①如有服用抗凝血藥物、懷孕、藥物過敏、心臟疾病(含心律不整)、高血壓、青光眼、攝護腺肥大、特異體質、結核病、肝病、肝炎、愛滋病或其他傳染病等，請主動告知醫護人員。
- ②敬請穿寬鬆衣物。塗口紅、指甲油者，請擦拭乾淨。移除金屬飾品。

(2)檢查的進行：

依病情的需求，檢查的時間可能需要 10 分鐘至 60 分鐘不等，檢查前準備包括

- ①口服瀉劑(您的主治醫師會根據您的個人情況選擇劑型與劑量)，確保腸內無殘餘糞便以利完整檢查。
- ②注射藥物(butylscopolamine)減緩腸胃蠕動以利檢查進行。
- ③大腸鏡檢查前使用之注射藥物包括Meperidine, Butylscopolamine可能會有頭暈、噁心、口乾、視力模糊或心悸等暫時性之副作用。

負責檢查醫師會將內視鏡管自您的肛門置入，並逐漸往上檢查。術中您可能會有腹脹、腹鳴或想排氣等不適感，請配合醫護人員之指示，做深呼吸並可自然排出空氣，若仍有不適，請隨時告知醫護人員。在檢查的過程中，醫師可能建議您對發現的病灶做必要的處置或治療。

3. 檢查後注意事項：

- ①檢查完畢後，若有任何不適，請告知醫護人員。
- ②檢查後續的治療計畫請您與您的診治醫師做進一步的討論。請自行約掛門診查看檢查結果，如作切片檢查請於一星期後回門診查看切片報告。

(二)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一定會獲得任何一項；且手術或醫療處置效益與風險性之間的取捨，應由您選擇及決定。)

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，發生率少於千分之一。

2. 息肉切除術：較大之息肉可利用內視鏡電燒切除，兼具檢查與治療之目的。

(1)內視鏡息肉切除術是經由胃鏡/大腸鏡腔導入金屬線圈(snare)，套住息肉的頸部，藉由高週波電流，以切除與凝固混合型電流，一面切開，一面止血，將息肉頸部切斷，而不流血。將切下的息肉取出送病理顯微鏡檢查，有極小的機率會發生合併症。主要之併發症為出血或穿孔，腸穿孔(約0.1%)，出血(約1-2%)，組織壁燒灼症候群(約1%)。若不幸發生合併症，醫護人員會立即予以適當的處理。輕微者只需要休息觀察；嚴重者需要特別的醫療處置，甚至開刀。

(2)如有藥物過敏、出血傾向(血友病、服抗凝血劑等)、或近期服用NSAID(如阿斯匹靈)、有心肺方面之疾病、或有裝置心臟節律器等，會增加檢查/治療之危險性。

(3)懷孕不宜做內視鏡檢查，當然亦不宜做內視鏡息肉切除術；若必要做，請先與您的醫師討論。

(4)可能會有腹脹或輕微腹痛情形，可先至廁所將氣體排一排或多走動以促進腸道蠕動，此症狀半天內即會漸漸消失。待排氣後如無不適，即可恢復進食。

(5)若有頭暈的情形，請先靜坐休息，待站立時不感到頭暈再走動，以免跌倒受傷。

(6)檢查後一週內請勿提重物或做劇烈運動，避免腹部用力的動作，亦避免食用可能發生腹瀉的食物(如生食海鮮等)及刺激性食物，飲食清淡以少量多餐方式進行。

(7)返家後若有下列情況，請儘速回醫院急診室就診處理。

①解大量黑便(柏油色)或血便。

②急性持續性腹痛或腹部僵硬。

③休克徵候：虛弱、冒冷汗、四肢冰冷、心跳加速等。

(8)組織切片檢查結果約需一星期的工作天，請自行安排時間門診複診以瞭解病理檢查報告。

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. 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，幾乎成功率可達百分之九十以上。如無法完成時，宜安排另外的檢查。

(三)手術風險：(沒有任何手術或醫療處置是完全沒有風險的，以下所列是已被認定的風險，除此之外仍然可能有一些未被認定且為醫師無法預期的風險可能會發生。)

檢查可能發生之併發症：一般而言，大腸鏡是相當安全的檢查，但少數病人會出現腹脹、腹痛，甚至穿孔等等，不過機率少於百分之一。

(四)合併症發生的機率與嚴重度

一般而言，下消化道內視鏡是相當安全的檢查，但少數病人(<0.5%)在術中或術後會出現腹脹、腹

鳴，嚴重者甚至會發生穿孔、出血、脾臟破裂、闌尾炎腸繫膜血管斯列出血、腸道裂傷或腦血管中風等。某些情況下須接受緊急手術或急救等必要措施。

(五)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. 下消化道攝影
2. 血管攝影(急性出血時)
3. 紅血球核子攝影(慢性出血時)
4. 電腦斷層
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。

(六) 醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋(如醫師無補充說明，以下不需填寫)

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查/治療之相關資訊，特別是下列事項：

- 需實施檢查/治療之原因、步驟與範圍、檢查/治療之風險及成功率、輸血之可能性
- 檢查/治療併發症及可能處理方式
- 不實施檢查/治療可能之後果及其他可替代之治療方式
- 預期檢查/治療後，可能出現之暫時或永久症狀
- 如另有檢查/治療相關說明資訊，我並已交付病人

主治醫師：

(簽章)

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，我已瞭解有關這個檢查的說明資訊，並且我已經瞭解施行這個檢查/治療的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊。
2. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解選擇其他治療方式之風險。
3. 醫師已向我解釋，並且我已經瞭解檢查/治療可能預後情況和不進行檢查/治療的風險。
4. 針對我的情況、檢查之進行、治療方式等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
5. 我瞭解在檢查過程中，如果因治療之必要而切除器官或組織，醫院可能會將它們保留一段時間進行檢

查報告，並且在之後會謹慎依法處理。

6. 醫師已向我解釋，如果檢查/治療過程中發生立即性危及生命的情況，會依照應有的步驟治療。
7. 我瞭解這個檢查/治療可能是目前最適當的選擇，但是這個檢查/治療無法保證一定能改善病情。
8. 基於上述聲明，我同意進行進行檢查及必要之處置及治療(包含切片檢查、息肉切除、異物取出及止血術等)。

立同意書人均瞭解貴院為教學醫院，為了提供更優質的醫療服務，在不影響病人隱私與顧及病人安全的情況下，同意由醫療照護團隊，進行各項診療服務及相關之教學活動。

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且已完成閱讀此同意書內容。

與病人之關係：_____ 其他：_____

病人(或家屬)：_____ (簽章)

***若您拿到的是沒有醫師聲明簽章之空白同意書，請勿先在上面簽名同意**

立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

見證人部分，如無見證人得免填載。