

# 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

## 小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 床號：\_\_\_\_\_

有關您即將接受手術(或醫療處置)的效益、檢查的方式、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檢查仍有疑問，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：小腸膠囊內視鏡檢查

(一)檢查適應症：

(二)執行步驟與過程：

1. 檢查說明：

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

小腸膠囊內視鏡檢查是利用一個包覆完整的微型攝影機，以每秒兩張照片的速度連續拍攝 8 小時，來獲取消化道內相片。小腸膠囊內視鏡的主要用途在於檢查傳統內視鏡較難到達的深部小腸。當吞入口中後，經由口腔、喉頭，進入食道、胃、小腸、大腸，最後經肛門口自然排出。可用來診斷發炎、潰瘍、出血、腫瘤等疾病，但受限於腸道蠕動及正常分泌之腸液干擾，目前診斷率約為 40%-60%，且無法直接取得組織切片送病理化驗，因此如有病灶須化驗或治療時，仍需進一步進行深部小腸鏡檢查。

有以下情況的病人(禁忌症)，請與您的醫師討論檢查之相關風險。

(1)懷孕。

(2)無法吞嚥的病人。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

(3) 意識障礙、無法合作的病人。

(4) 裝有心律調節器。

(5) 懷疑阻塞性腸道疾病、過去曾接受腸繞道手術者的病人。

(6) 近期需接受核磁共振患者。

2. 檢查前準備：

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

(1) 檢查前注意事項：

① 須禁食12小時並停止吸菸

② 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。

3. 檢查當日注意事項：

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 床號：\_\_\_\_\_

(1)攜帶物品：

已簽名之【小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書】、【自費同意書】、【健保卡】、  
【檢查申請單】。

(2)檢查地點/時間：

依檢查預約時間至大愛樓2樓【內視鏡暨超音波檢查室】報到。

(3)服裝：

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

當日盡量穿著上、下二件式服裝(方便黏貼腹部貼片)。如有較多腹部體毛可先行刮除。

(4)如膠囊內視鏡未於2小時內進入小腸，則可能需要立即施行上消化道內視鏡。

4. 檢查過程：

(1)首先先服用約10ml的消氣泡液體，休息約15-20分鐘後吞入膠囊。

(2)吞下膠囊後約2小時，請返回內視鏡檢查室進行即時影像檢查。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

①如膠囊尚未進入小腸，則請繼續禁食並走動 1 小時後返回內視鏡檢查室進行一次胃鏡檢查。如仍未進入小腸，則會使用胃鏡將膠囊推入小腸。

②如膠囊已進入小腸，30 分鐘後可以開始攝取清流質飲食，如開水(勿攝取深色流質飲食，如西瓜汁、葡萄汁等)；2 小時後可以吃一些清淡軟質的食物，如稀飯。檢查結束後才可以恢復正常的飲食。

(3)裝機 8-10 小時後請返回內視鏡檢查室，拆除貼片，回收紀錄器。

(4)膠囊內視鏡檢測會持續 8-10 小時，在這段時間內，請患者不可以移開裝置記錄器腰帶，並盡量遠離一切有電磁性的物品如核磁共振、無線錄音機等。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 床號：\_\_\_\_\_

5. 檢查後的注意事項：

(1) 膠囊無須回收，但請患者注意膠囊是否已隨著糞便排出體外，並於回診時告知醫師。

(2) 若不能確定膠囊是否排出體外，且有不明腹痛、嘔吐或有其他不適症狀，請立即回診，確定膠囊是否排出。

(三) 小腸膠囊內視鏡的醫療效益：

1. 小腸膠囊內視鏡主要用在檢查小腸是否有病灶。主要可用於：



佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

(1)不明原因腹瀉

(2)懷疑小腸腫瘤

(3)不明原因腹痛、懷疑腸道疾病

(4)不明原因的消化道出血（排除上下消化道，或有其他小腸出血證據）

(5)貧血

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

2. 小腸膠囊內視鏡可以找出早期或不易發現的小腸病灶。全程成功檢查率約 75%-95%

(四)小腸膠囊內視鏡的風險：(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。)

1. 一般而言，小腸膠囊內視鏡是相當安全的檢查，而發生膠囊滯留的機率約 1.3~2.6%，

但在下列情形發生膠囊滯留的機率會提高：

(1)之前有接受過腹部手術或小腸手術者。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

(2)長期使用非類固醇類止痛藥。

(3)接受過腹部放射線治療者。

(4)克隆氏症。

2. 發生膠囊滯留的患者，大多數無症狀且可經藥物或灌腸治療後排出，少數病人保守治療無效則須考慮內視鏡或手術取出。

(五)替代方案：

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

1. 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) 小腸鏡

(2) 電腦斷層

(3) 小腸攝影術

(4) 血管攝影(急性出血時)

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

(5)紅血球核子攝影(慢性出血時)

2. 不實施醫療處置可能的後果：

(1)可能無法診斷而影響處置及治療效果

(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。

(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：

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 床號：\_\_\_\_\_

- 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) \_\_\_\_\_ 西元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 時間：\_\_\_\_\_ 時

分

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。

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 床號：\_\_\_\_\_

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

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 床號：\_\_\_\_\_

改善病情。

8. 基於上述聲明，我同意進行 小腸膠囊內視鏡檢查

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： 本人 病人之\_\_\_\_\_

病人(或家屬)： \_\_\_\_\_ (簽章) 西元 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 時間： \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

**\*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。



佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
小腸膠囊內視鏡檢查說明暨同意書

病歷號：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 生日：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 床號：\_\_\_\_\_

