

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
鎮靜作業說明同意書

姓名：_____ 病歷號碼：_____ 性別：☐男 ☐女

出生日期：民國_____年_____月_____日

一、擬實施之鎮靜作業：

- ☐內視鏡檢查：如胃鏡、大腸鏡、內視鏡逆行性膽胰管攝影術(ERCP)、小腸鏡
- ☐內視鏡治療：如內視鏡黏膜切除術(EMR)、內視鏡黏膜下剝離術(ESD)
- ☐放射科檢查或治療：如磁振造影(MRI)、電腦斷層(CT)、動脈血管栓塞治療術(TAE)
- ☐放射腫瘤科治療：近接治療(Brachytherapy)
- ☐婦產科手術或治療：如取卵手術、海扶刀(HIFU)
- ☐其他檢查或治療：_____

病人因接受上述檢查或治療之緣故，需接受鎮靜處置，以利檢查、治療或手術之進行。

二、不施行鎮靜作業之替代方案：

替代方案為局部麻醉，但可能因無法忍受醫療過程所引起之不適感而影響醫療處置進行。

三、醫師補充說明：

醫師已完成您這次醫療處置的鎮靜評估，並解釋相關步驟、副作用及風險。此份資料給您參考，如有問題，請洽醫師說明。

四、鎮靜作業建議事項說明：

- 為了維護您的安全，接受鎮靜應有成年家人或親友陪同。
- 檢查後因鎮靜止痛藥物作用，可能會有頭暈現象，不宜自行開車或騎機車回家，當天不宜進行需精密操作等相關工作。

麻醉醫師簽名：_____ 日期：西元_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

立同意書人簽名：_____ 關係：_____

住址：_____ 電話：_____

日期：西元_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

見證人簽名：_____ 關係：_____

日期：西元_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

鎮靜作業醫療處置說明

為免除或減輕您接受醫療處置所產生的不適感和恐懼感，而給予鎮靜止痛輔助醫療處置進行。對於鎮靜止痛的效益、風險及替代方案的書面說明，可作為您與醫師討論時的資料。期望您能充份瞭解資料的內容，所以請您仔細閱讀；在經過醫師的說明後，若您對此醫療處置仍有任何疑問，請您在簽名前再與醫師詳細討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們為了您的健康一起努力。

一、鎮靜醫療處置之作法：

經由靜脈注射、口服或其他途徑給予鎮靜止痛藥物。

二、鎮靜作業之效益：

免除或減輕因檢查或醫療處置所致之不適與疼痛。

三、鎮靜之副作用及風險：（沒有任何醫療處置是完全沒有風險的，以下所列的風險已被認定，但仍可能有一些醫師無法預期的風險未列出。）

1. 對於已有或潛在性心臟血管系統疾病之病人，有較高急性心肌梗塞之風險。
2. 對於已有或潛在性腦血管系統疾病之病人，有較高急性腦中風之風險。
3. 緊急之檢查治療、隱瞞進食，或腹內壓高（如腸阻塞、懷孕等）之病人，於執行鎮靜止痛時，有可能導致嘔吐，因而引起吸入性肺炎。
4. 對於已有上呼吸道感染或肺部疾病（如氣喘、慢性氣管炎、肺氣腫等）之病人，有較高急性發作之風險。
5. 對於特異體質之病人，藥物可能引發惡性高熱（這是一種極罕見且具有致命性的併發症，與基因遺傳有關），或其它突發性嚴重過敏反應如支氣管痙攣、過敏性休克。
6. 使用的藥物可能引發副作用，如呼吸抑制、低血壓、眩暈、噁心、嘔吐、心悸、頭痛……等。
7. 執行鎮靜醫療處置時，可能會發生不可抗拒之傷害，如口鼻黏膜受損流血、皮膚過敏或破皮……等。

四、鎮靜作業之注意事項：

1. 為確保鎮靜後之安全，請您詳閱鎮靜作業說明同意書及注意事項，醫師將會評估您的疾病史、用藥與過敏史，請務必告知醫護人員，以降低您的鎮靜風險，若您的情況經評估後，若需要進一步接受鎮靜後的照護或不適合接受鎮靜，醫師會再與您討論鎮靜的適當性。
2. 檢查當天：請成年的家屬陪同到院。
3. 檢查當天：請勿化妝，以免影響膚色之觀察。請卸除指甲油（包含光療指甲及水晶指甲），以免影響醫療處置中的血氧監測判讀。如您無法配合，則無法為您進行鎮靜作業。
4. 檢查前請取下身上所有用物，包括活動假牙、隱形眼鏡、金錢、戒指、耳環及髮飾等。
5. 鎮靜前清流質建議禁食 2 小時，固體食物禁食 6~8 小時。
6. 會先由檢查室護理師帶入準備區再次確認資料及視需要更換檢查褲，等進入檢查室後會給您氧氣，並使用生理監視器嚴密監測您的生命徵象。
7. 檢查結束後，您將會被轉送至恢復室，並持續使用生理監視器監測生命徵象，約 30-60 分鐘後即可恢復穩定後即可返病房或返家。