

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

經食道心臟超音波檢查說明暨同意書

病歷號：_____

姓名：_____

床號：_____

有關您即將接受手術(或醫療處置)的效益、檢查方式、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份討論，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

(一) 疾病名稱：

(二) 建議檢查名稱：經食道心臟超音波
(Transesophageal echocardiography, TEE)

(三) 建議檢查/治療原因：

(四) 執行步驟與過程：

1. 檢查說明：

經食道心臟超音波檢查是醫師將一條纖維管子，由口腔放入食道，經食道內從心臟後方檢查心臟與大血管的構造與功能，因食道與心臟距離較近，故檢查範圍與清晰程度都比傳統的胸前心臟超音波佳，且準確。其為做完胸前超音波後，更進一步檢查的項目之一。

2. 檢查目的：

1. 確定心臟是否有血栓。
2. 鑑別診斷心臟瓣膜是否有細菌性贅生物。
3. 確定人工瓣膜之功能與是否有血栓或贅生物。
4. 判定是心內或心外的腫瘤。
5. 發覺心臟複雜性異常現象。
6. 鑑別診斷主動脈瘤剝離程度及型態。

3. 禁忌症：

1. 躁動不安無法配合。
2. 有吞嚥困難或食道異常者。
3. 上消化道出血或潰瘍者。
4. 頸椎異常。
5. 生命徵象不穩定者。

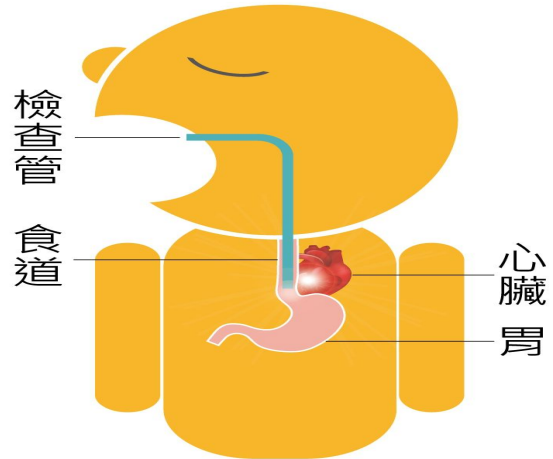
4. 檢查前準備：

(1) 檢查前注意事項：

- a. 如有服用抗凝血劑藥物、懷孕、藥物過敏、特異體質、結核病、愛滋病或其他傳染病，請主動告訴醫護人員。

無

有 _____



b. 有無過去重要病史：

無

有：如：血友病 肺臟疾病_____ 氣喘

或其他疾病：請註明_____

或使用特殊藥物：如 抗凝血劑、Aspirin等

對藥物或顯影劑過敏史：無

有：藥名：_____

c. 檢查前準備請依從技術(護理)人員指示，使用之藥物包括噴於舌根的局部麻醉劑(xylocaine)，少數病人可能會有暫時不適(如頭暈、噁心等)。

d. 需禁食4-6小時以上，禁食的目的除了胃達到淨空的狀態外，檢查時讓醫師能清楚看到病灶，也可以減少操作時，食物逆流嘔吐物吸入肺部。

e. 檢查當天請家屬陪同。

f. 需取下眼鏡及活動假牙。

g. 檢查前有任何不適之情形請告知醫師。

h. 採全身麻醉者則需簽妥麻醉同意書，自費同意書，並照會麻醉科完成麻醉術前評估，檢查後入恢復室觀察。

5. 檢查的進行：

(1)必要時注射鎮靜劑以減緩病人焦慮、緊張不安之情緒。

(2)檢查人員將會在您的喉嚨噴麻醉劑，以減輕插入的管子對喉嚨所產生的刺激及嘔吐反射

(3)檢查人員將會協助採左側躺臥於檢查床上，並請將身體放鬆。

(4)檢查過程請深呼吸，口水自然流出，檢查醫師會將管子由您的口中慢慢放入。當時您可能會有不舒服的感覺(如噁心、想吐、口水多等)，但請您儘量配合醫師口令，做吞東西動作，管子會藉由您的吞嚥動作，逐漸放入食道，醫師即可透過這條管子經食道內從心臟後方檢查心臟與大血管的構造與功能是否有異常的狀況。

6. 檢查後的注意事項：

(1)檢查後一小時內不要進食任何東西(包含水及藥物)，之後可先試喝水，以測試噴在喉嚨之麻醉劑作用消失否，吞嚥能力是否恢復，若無噎到，吞嚥能力恢復即可進食。

(2)檢查後，若有喉嚨痛情形，請以溫水或食鹽水漱口，以緩解不適。

(3)檢查後，若有吐血、胸痛、腹痛、舌嚥困難，呼吸不順或頸部轉動不易等情形，請您立即告知醫護人員做處理。

(五)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。)

經食道心臟超音波對疾病嚴重度的判斷，準確度較高，且對治療方向及輔助效果也較胸前超音波清楚且明確。

續下頁

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院 (續上頁)

經食道心臟超音波檢查說明暨同意書

病歷號：_____

姓名：_____

床號：_____

(六)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，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。)

經食道心臟超音波檢查之併發症總共約:0.2~0.4%。

包括有:病人無法配合吞服超音波探頭、或無法容忍口腔中的探頭，出血(口腔黏膜出血、上消化道出血、嚴重出血)；心臟併發症(心律不整、心絞痛、心室頻脈、陣發性心房顫動)；肺部併發症(血氧下降、支氣管痙攣)

(七)合併症發生的機率與嚴重度

出血：

口腔黏膜出血 0.24%、上消化道出血 0.03%、嚴重出血 0.0098%

心臟併發症：

心律不整、心室頻脈 0.03%-0.2%、陣發性心房顫動 0.03%、心絞痛 0.0098%；

肺部併發症：

血氧下降 0.02%-0.16%、支氣管痙攣 0.06%

(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。)

暫無替代方案!!!

(九)醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

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

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

如另有檢查/治療相關說明資訊，我並已交付病人

說明醫師簽名：_____

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，並且我已經瞭解檢查/治療可能預後情況和不進行檢查/治療的風險。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 基於上述聲明，
我同意進行
我不同意進行

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，且已完成閱讀此四頁同意書內容, 本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。

病人(或家屬)：_____ (簽章) 與病人之關係：_____

電話或手機：_____

西元：_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

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

執行醫師：_____ (簽章)

西元：_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

經檢查醫師說明，我已經了解並同意接受本檢查

病人(或家屬)：_____ (簽章) 與病人之關係：_____

電話或手機：_____

西元：_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

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。