

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新竹臺大分院新竹醫院
National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

胃鏡說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第一頁

胃鏡說明書

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、愛滋病或其他傳染病，請主動告訴安排檢查之醫師。
- (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 有，停____天、無
- (3) 檢查前準備請依從護理人員指示，使用之藥物包括
- 噴於舌根的局部麻醉劑(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。

血壓：
_____mmHg
脈搏：
_____次/分

※特殊注意事項：

- * 到檢時間：門診病人依預約單上指示時間抵達。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；並填寫麻醉及自費同意書。
 - * 麻醉內視鏡須有家屬陪同，如家屬未能陪同，則改日再做。
 - * 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(03)5326151-2008 辦理，更改次數以一次為限。
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。其他必要之藥物請提前至早上 5 點前服用。
 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。

病歷號：
姓名：
生日：西元 年 月 日

胃鏡說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第二頁

(胃鏡說明書承上頁)

三、檢查後注意事項：

1. 請先在恢復室休息 30 分鐘以上，要有家屬陪伴，若無不適，向醫護人員告知後即可離去。
2. 清醒後 1 小時內禁止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，如做切片檢查請於一星期後回門診查看報告。

四、手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

1. 檢查範圍—此處所指上消化道概括食道、胃、以及十二指腸等部位。
2. 檢查目的一舉凡於上消化道中懷疑有病灶存在時均為本檢查之目的。

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獲得任何一項；且手術或醫療處置效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

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：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。主要之併發症亦為出血或穿孔，發生率約為 0.05-0.2%。
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、靜脈瘤結紮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：除少數人因無法忍受、特殊解剖學異常、準備不完全(胃中有食物)或術中生命徵象變化(意識、心跳、血壓)無法完成外，幾乎成功率百分之百。如無法完成時，宜安排另外的檢查。

六、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。)

除少數會引起如喉嚨損傷外、噎到、呼吸困難甚或吸入性肺炎，心律不整，或穿孔等均可能發生。

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

八、醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

醫師簽章：

日期：西元 年 月 日 時 分

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新竹臺大分院新竹醫院
National Taiwan University Hsin-Chu Hospital

胃鏡說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第三頁

胃鏡同意書

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，因患_____，
需接受**胃鏡檢查**。立同意書人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，對醫師的說明都已充分了解且同意由貴院施行該項術式或醫療處置。

1. 僅做檢查
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)

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 時間：_____時_____分

(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，得由警消人員、社工或志工簽署見證；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 時間：_____時_____分

一份病友收執，一份夾存病歷