

病歷號：  
姓名：  
生日： 年 月 日

## 上消化道小腸攝影說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

### 上消化道小腸攝影說明書

病人姓名：\_\_\_\_\_ 病歷號：\_\_\_\_\_ 床號：\_\_\_\_\_

預約檢查時間：\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 午 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

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。

#### 檢查/醫療處置之適應症及作法：

**適應症：**被安排作這個檢查的人可能是因為吞嚥困難、胸部上腹部的疼痛、胃酸逆流、噁心嘔吐、嚴重消化不良或者糞便上有潛血反應，也可能是在食道、胃部或小腸切除後追蹤術後的狀況。

**作法：**在開始檢查，會視臨床狀況先給予一小包發泡汽水粉(Effervescent granules)，請配合一小杯的開水迅速吞下，此粉末的作用是利用氣體使胃、腸道脹起來以利觀察黏膜的情形。也可能由靜脈注射抗腸胃道蠕動針劑(Antispasmodics；Buscopan)，此針劑的作用是為了減少腸胃道的蠕動以利觀察黏膜的狀況。接著醫護人員會遞上一杯的腸胃道造影劑(鋇劑或水溶性顯影劑)，請配合指示飲用，例如請您喝一口含在嘴巴，醫師請您吞下時才可以吞下。檢查過程中檢查台上會開始平躺、俯臥、側躺或翻轉(體弱者可能需要家屬穿著鉛衣從旁協助以策安全)，有時則需要被檢查者配合閉氣，同時以 X 光視需要做不等次數之照相。只檢查食道、胃及十二指腸者約費時 20~30 分鐘，若包括空腸和迴腸者約費時 2 小時以上。

#### 一般注意事項：

- ◇ 請於約定時間至檢查地點辦理報到候檢，超過所約時間視為放棄。
- ◇ 如臨時因故需更改日期，請於上班時間(星期一至星期五，早上 08:00-12:00；下午 1:30-5:30 不包含國定假日)與檢查單位聯絡電話：(03)5326151 轉 3403。
- ◇ 請由家屬陪同前來協助檢查。
- ◇ 對說明書內容若有疑問，請於上班時間向診間或檢查單位人員電話(分機 3403) 聯絡。

**特殊注意事項：**檢查前八小時，除必要之藥物外，禁止吃任何食物；糖尿病患可食少量甜食，以防血糖過低。有固定服用藥物者，不可自行停藥，可用少許白開水配合藥物服下。

**檢查/醫療處置效益：**(經由檢查/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；且檢查/醫療處置效益與風險性間的取捨，仍由您決定。)

1. 上消化道攝影檢查可以協助診斷食道、胃、十二指腸、空腸及迴腸的病變，包括阻塞、潰瘍、腫瘤等等。
2. 檢查/醫療處置成功率：視您可配合檢查的程度(如可否配合吞服汽水粉、閉氣、翻轉等等)、病變的大小與位置等因素，上消化道可檢測出病灶的成功率會有相當大的差異。以十二指腸潰瘍為例，其偵測到病灶的成功率可能由不到百分之五十至百分之八十以上。再以小腸腫瘤為例，小腸攝影可以清楚顯示病灶的機率可能介於百分之三十至百分之四十四之間。因此，檢查成功的機率會隨臨床狀況而有所改變，所得到的結果也必須與臨床症狀與其他檢查的結果相互參照，才能對您的病情有所幫助。

病歷號：  
姓名：  
生日： 年 月 日

## 上消化道小腸攝影說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

### (上消化道小腸攝影說明書承上頁)

**檢查/醫療處置風險：**(沒有任何檢查/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。)

1. 有以下情形的被檢查者不適宜注射胃腸蠕動抑制劑，包括：青光眼、心律不整、或是攝護腺肥大等，因施打胃腸蠕動抑制劑會使得上述病情加重。如有上列情況，請主動告知醫護人員。
2. 吞服鋇劑或水溶性顯影劑時，可能會因為吞嚥不易而滲入呼吸道中，若發生此狀況時檢查醫師會視臨床狀況終止本次檢查。一般而言，呼吸道內滲入少許鋇劑或水溶性顯影劑也並不會造成永久性的傷害。
3. 在檢查後的數日內，糞便可能會因為鋇劑的關係，變成白色或灰色。偶而會有暫時性便秘，通常這只需要服用些緩瀉劑就可排除。

**替代方案：**(這個檢查/醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個檢查/醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。)

如果您不想接受此項檢查，請與您的醫師討論是否改由胃鏡檢查、其他影像檢查(如電腦斷層攝影)或是暫時採用藥物治療。

**醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：**(如無，請填寫無)

說明醫師：

(醫師簽章需先於病人簽署同意)

日期：民國 年 月 日 時間： 時 分

### 上消化道小腸攝影同意書

病人： ，出生於民國 年 月 日，

因患 ，需接受上消化道小腸攝影。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。

本人(或家屬)已經仔細閱讀過本文件，經必要的詢答之後，已充分了解其內容並同意遵守。

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：民國 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，醫療緊急情況得由二名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可，得由警消人員、社工或志工或院內警衛簽署見證。)

見證人 1： (簽章) 見證人 2： (簽章)

見證人 1 身份證字號： 見證人 2 身份證字號：

日期：民國 年 月 日 時間： 時 分

副本交付人(院方)： 簽收人(病人方)：

日期：民國 年 月 日 時間： 時 分