

病歷號：
姓名：
生日： 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

下消化道攝影檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 1 頁

下消化道攝影檢查說明書

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：(簡述)

適應症：

當病患常有慢性腹瀉、血便、便秘、腸躁症、無法解釋的體重減輕、排便習慣改變、貧血等症狀，或當臨床醫師懷疑在大腸中有潰瘍、發炎、良性腫瘤(如息肉)、癌病變或者某些病變，以及做為腸道手術後的追蹤時，會為您安排這個檢查。

作法：

1. 檢查前兩天開始，依照指示進行腸道清潔。
2. 檢查時，由將肛管插入肛門。依醫師指示灌入適量之含鋇劑腸道造影劑懸浮液(Barium Sulfate suspension)，視需要打入適量空氣並均勻混和及靜脈注射抗腸道蠕動針劑(Antispasmodics; Buscopan)。請依醫師指示於檢查臺上做不同姿勢之旋轉及閉氣(體弱者請務必有家屬在旁陪伴及協助)，同時用 X 光視需要作不同次數之照相。

一般注意事項：

1. 請於約定時間至檢查地點辦理報到候檢，超過約定時間則視為放棄。
2. 如需更改日期，或有其他疑問，請在預約檢查日期前於上班時間來電。
電話：(03) 5326151 轉 3403；上班時間：星期一~星期五：上午 08：30~下午 5：30
檢查時間約需 20 分鐘。

特殊注意事項：

一、檢查前注意事項：

1. 檢查前二天，禁止吃任何富含肉類、蛋類或蔬菜類之食物。
2. 檢查前二天，食用稀飯或肉渣較少之肉湯。
3. 檢查前二天的睡前，口服黃色 Ducolax(口服型清腸劑)三顆，並同時每間隔二十分鐘飲用一杯 200cc 開水一次，共三次。
4. 檢查前一天的睡前(約晚上十點左右)，再次口服黃色 Ducolax(口服型清腸劑)三顆，並同時每間隔二十分鐘飲用一大杯 200cc 開水一次，共三次。此後，除必要之藥物外，禁食任何食物。
5. 檢查當天早上起床後，由肛門塞入 Ducolax(塞劑型清腸劑)一顆，盡量忍耐腸蠕動之不適，於十分鐘後，排便二至三次以上以清淨腸道。如須服用藥物或感口渴，可喝少量開水，並請務必準時報到。
6. 失禁或無法完全控制排便者，請攜帶二至三片紙尿褲前來受檢，以備不時之需。

一份病友收執，一份夾存病歷

病歷號：
姓名：
生日： 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
下消化道攝影檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

一份病友收執，一份夾存病歷

(下消化道攝影檢查說明書承上頁)

二、檢查後注意事項：

1. 檢查後，請喝大量開水，以利鋇劑(不會消化吸收)早日排出。
2. 請於檢查後七天，自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

三、其他注意事項：

1. 請儘量有家屬陪伴。如有懷孕、藥物過敏、心臟病、青光眼、攝護腺肥大，請先告知檢查室醫師及護士。
2. 三日內有做過大腸、直腸鏡檢查並"切片"者，請欲受檢者特別注意並避免之!!

{資料來源 - 醫學雜誌：American Journal of Radiology 1982, 139: 693-697}

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. 利用 X 光檢查範圍包括直腸、乙狀結腸、降結腸、橫結腸、升結腸、盲腸及闌尾，藉由鋇劑的襯托，空氣的對比以及利用各種角度的 X 光攝影，清楚完整的看到大腸管腔和黏膜的變化。
2. 手術/醫療處置成功率：對大於一公分之病灶，診斷成功率約為七成。

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. 鋇劑之過敏反應極為罕見。
2. 檢查後可能造成的短暫性便秘。
3. 最嚴重的併發症為腸胃道破裂及鋇劑滲漏至腹腔內，發生率約 1/25000。大腸破裂而引起腹膜炎必須緊急開刀。
4. 其他極為罕見的併發症包括鋇劑進入腸內血管、陰道破裂、門靜脈空氣留存、水中毒、細菌感染、腹瀉等。

患有嚴重心臟疾病者，也可能在檢查過程中再次發生心肌梗塞。

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。)

1. 大腸鏡檢查。
2. 電腦斷層檢查。
3. 不實施醫療處置可能的後果：

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

病歷號：
姓名：
生日： 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
下消化道攝影檢查說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 3 頁

一份病友收執，一份夾存病歷

下消化道攝影檢查同意書

病人：_____，出生於民國_____年_____月_____日，
因患_____，需接受下消化道攝影檢查。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。

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