

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

小兒下消化道攝影說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 1 頁

小兒下消化道攝影說明書

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：胃巨腸症、急性潰瘍性結腸炎、大腸結構異常等疾病。

作法：將一細小塑膠軟管置入肛門，依醫師指示灌入適量含鋇劑腸道造影劑懸浮液（不會被人體吸收、會隨糞便排出）。檢查過程中須由家長在檢查室內陪同小兒受檢，以確保安全。

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。）

藉由此項檢查，我們可以確定是否有巨腸症、急性潰瘍性結腸炎、大腸結構異常等疾病，以決定之後治療的步驟。

檢查/醫療處置成功率：超過九成。

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。）

腸穿孔、破裂，導致腹膜炎。（發生機率 0.02-0.1%）

參考文獻: Current Problem of Diagnostic Radiology 1991 Jul-Aug;20(4):123-51.

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：

一、 檢查前注意事項：

一至六個月：檢查前三小時停止一切進食。

六至十二個月：檢查前三小時停止一切進食，檢查前三小時使用半顆甘油球(glycerin)灌腸(藥放進肛門內保持半小時後如廁)。

一至四歲：檢查前二十四小時只可進食液體，檢查前三小時停止一切進食，檢查前三小時使用半顆坐藥(Dulcolax Supp 5mg)灌腸(藥放進肛門內保持半小時後如廁)。

四歲以上：檢查前二十四小時只可進食液體，臨睡前以開水連同一粒瀉藥(Dulcolax 5mg)服下。檢查前三小時停止一切進食，並使用半顆坐藥(Dulcolax Supp 5mg)灌腸(藥放進肛門內保持半小時後如廁)。

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
小兒下消化道攝影說明暨同意書

請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 2 頁

(小兒下消化道攝影說明書承上頁)

例外：疑似巨腸症的小朋友，檢查前不須特別灌腸；疑似急性潰瘍性結腸炎的小朋友，檢查前二十四小時只可進食液體，不需特別灌腸。

二、檢查中注意事項：

需要請家屬在旁協助檢查，請盡量與醫護人員合作。

三、檢查後注意事項：

請於檢查後三天，自行約掛門診或依醫師原預約門診時間看檢查結果。

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。)

可以大腸鏡替代，惟其侵入性可能較下消化道攝影高。請與醫師討論您的決定。

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

小兒下消化道攝影同意書

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