

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
下消化道內視鏡超音波說明暨同意書
請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 1 頁

一份病友收執，一份夾存病歷

下消化道內視鏡超音波說明書

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，請主動告訴門診醫師。

(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

或其他疾病：請註明

或使用特殊藥物：如抗凝血劑、Aspirin 等

(3)檢查前使用之注射藥物包括 Meperidine, Butylscopolamine 可能會有頭暈、噁心、口乾、視力模糊或心悸等暫時性之副作用。

※特殊注意事項：

* 檢查前二天：禁吃肉類、蛋、牛奶之食物，可吃魚。

* 檢查前一天：可食用稀飯、麵、豆漿、豆腐等殘渣較少之食物。禁吃蔬菜、水果，每餐後飲一大杯開水約 300~500cc。

* 上午檢查者：檢查前三天早、午、晚餐低渣飲食。檢查前一天晚上 12 點後禁食(除水及重要藥物外)。若有高血壓藥物請在檢查當天早上 5 點前服用。糖尿病患者請勿服用降血糖藥物或注射胰島素。

* 下午檢查者：檢查前三天午、晚餐低渣飲食。檢查當天早上 5 點後禁食(除水及重要藥物外)若有高血壓藥物請於原本處方時間服用。糖尿病患者請勿服降血糖藥物或是注射胰島素。

※服用清腸藥的方式：

■如果您服用的是耐福力(Niflec)

◎上午檢查者：請於檢查前一天晚上 11 點服用耐福力，每包泡冷開水 2000cc，於二小時內喝完，請再多喝水 500~1000cc。

◎下午檢查者：請於檢查當天早上 7 點服用耐福力，每包泡冷開水 2000cc，於二小時內喝完，請再多喝水 500~1000cc。

■如果您服用的是護舒達(Fleet)

◎上午檢查者：請於檢查前一天晚上 6 點將一瓶護舒達加入 360cc 的冷開水或是無渣飲料(沙士、可樂、蘆筍汁)於半小時內喝完。當您開始排便後請多喝水。

於檢查當天早上 4 點將另一瓶的護舒達加入 360cc 的冷開水或是無渣飲料(沙士、可樂、蘆筍汁)於半小時內喝完。

◎下午檢查者：請於檢查前一天晚上 7 點將一瓶護舒達加入 360cc 的冷開水或是無渣飲料

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
下消化道內視鏡超音波說明暨同意書
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

(下消化道內視鏡超音波說明書承上頁)

(沙士、可樂、蘆筍汁)於半小時內喝完。當您開始排便後請多喝水。於檢查當天早上 7 點將另外一瓶護舒達加入 360cc 的冷開水或是無渣飲料(沙士、可樂、蘆筍汁)於半小時內喝完。

* 如有腹脹、噁心等症狀，可暫停用藥，直至腹脹症狀減輕再繼續服用(耐服力)

1. * 請穿寬鬆衣物，以便手臂打針。塗口紅、指甲油者，請擦拭乾淨。

二、手術/醫療處置之適應症及作法：(簡述)

1. 檢查範圍—大腸直腸照會病灶。

2. 檢查目的一觀察及診斷下消化道中懷疑之病灶，如癌症之分期、黏膜下腫瘤等。

三、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組織，通常受檢者並不會有感覺。可能發生之併發症為出血或穿孔，發生率少於千分之一。

2. 手術/醫療處置成功率 除非有特殊情況，如大腸鏡無法到達病灶，或內視鏡超音波執行時病灶附近無法適當充水，一般可 100% 成功。

四、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。)

1. 檢查可能發生之併發症：一般而言，發生之併發症與大腸鏡相若。大腸鏡是相當安全的檢查，但少數病人會出現腹脹、腹痛，甚至穿孔等等，不過機率少於百分之一。

五、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. 下消化道攝影

2. 電腦斷層/核磁共振

3. 不實施醫療處置可能的後果 3-1.可能無法準確診斷而影響處置及治療結果。

4.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。

醫師補充說明：(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
下消化道內視鏡超音波說明暨同意書
請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書

第 3 頁

下消化道內視鏡超音波同意書

病人：_____，出生於西元_____年_____月_____日，因患_____，需接受內視鏡超音波。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：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，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 身份證字號：_____ 見證人 2 身份證字號：_____
日期：民國_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

一份病友收執，一份夾存病歷