

病歷號：  
姓 名：  
生 日： 年 月 日

## 上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。

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。

※一般注意事項：

\* 報到時間：門診病人依預約單上指示時間報到，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（填妥並簽名）辦理報到。

\* 如有疑問或需要更改日期，請於預約檢查日之前三日，電話連絡檢查單位（03-5326151 轉 2008）辦理，更改次數以一次為限。

※ 特殊注意事項：

### 一、檢查前注意事項：

1. 上午檢查者：檢查前一日晚上十二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。

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。

### 二、檢查後注意事項：

1. 請先在內視鏡室休息三十分鐘以上，要有家屬陪伴，若無不適，向醫護人員告知後 即可離去。

2. 為避免噎到，檢查後一小時內禁止喝水或禁用食物，並請遵照醫囑指示再開始進食。

3. 檢查次日後即可自行約掛門診查看結果，如作切片檢查請於一星期後回門診查看報告。

病歷號：  
姓 名：  
生 日： 年 月 日

(上消化道內視鏡超音波說明書承上頁)

**手術/醫療處置之適應症及作法：**(簡述)

1. 檢查範圍—照會病灶包括食道、胃、十二指腸、十二指腸乳頭、膽胰系統、脾、左腎上腺縱隔腔、淋巴結及大腸病灶。
2. 檢查目的—釐清病灶所屬之器官來源及可能之診斷。

**手術/醫療處置效益：**(經由手術，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；且手術效益與風險性間的取捨，應由您決定。)

**檢查中之處置及治療—**

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. 息肉切除術或黏膜切除術：較大之息肉或黏膜病灶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. 內視鏡超音波指引細針抽吸術：不易由切片檢查得到細胞組織之病灶，或腸胃道周邊之器官病灶如膽胰系統、脾、左腎上腺縱隔腔、淋巴結等，可利用內視鏡超音波成像指引下，利用一支細鐵針穿刺入病灶，進行組織之抽吸，以安全獲得細胞，進行診斷。  
主要之併發症為出血及穿孔，發生率極低。
4. 手術/醫療處置成功率：除因無法忍受、解剖學異常、準備不完全(食物未排空)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。

**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。)

**檢查可能發生之併發症：**一般而言，內視鏡超音波是相當安全的檢查，但少數會引起如喉嚨損傷、噎到、呼吸困難或吸入性肺炎，心律不整，或穿孔等等，不過機率均少於 0.5%，如能配合醫護人員的指示，通常並不會發生，並可立即處理。若有心肺疾病，請先告知醫護人員。

**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. 電腦斷層
2. 核磁共振
3. 逆行性膽胰管造影術
4. 細針抽吸可由經皮超音波或電腦斷層指引抽吸術替代。
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。

病歷號：  
姓名：  
生日： 年 月 日

### 上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

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

### 上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 身分證字號： 見證人 2 身分證字號：

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 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 身分證字號：\_\_\_\_\_ 見證人 2 身分證字號：\_\_\_\_\_  
日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 時間：\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

一份病友收執，一份夾存病歷